

Tel. 049-8715400 Fax 049-8728988

Data

Cognome e Nome:

Nato il / / Sesso M F

Residente a Recapito tel. (*Caregiver*)

Ricoverato presso U.O. Ospedale Tel.

1. Diagnosi principale e data evento

2. Altre patologie in atto:

- Infezioni (specificare):
- Cardiopatia ipertensiva Insufficienza renale acuta Diabete scompensato
- Patologia oncologica terminale (stadio):
- Obesità
- Altro

3. Terapia in atto:

4. Alterazione funzioni cognitive:

- Afasia No Sì
- Disartria No Sì
- Amnesia No Sì
- Neglect No Sì
- Deterioramento cognitivo No Sì: lieve moderato grave
- I. Presenza deficit sensoriali No Sì Uditivi Visivi

5. Disfagia: No Sì: Liquidi Solidi

- Alimentazione Os Sondino n/g PEG nutrizione enterale
- CVC (tempo previsto di utilizzo gg)

6. Alterazioni funzioni motorie:

- Emilato dx Paresi Plegia
- Emilato sx Paresi Plegia
- Bilaterale Paresi Plegia

