

Dati del/la paziente per il soggiorno in ospedale

Nome paziente:

	Nome	Telefono	Telefono 2
Persona di riferimento			
Congiunta/o partner registrata/o			
Figlia/figlio			
Altre/i			

Dati biografici

La/il paziente vuole essere chiamata/o con il nome

seguinte: _____

Lingua madre: _____

Altre lingue: _____

Indirizzo del/la paziente: _____

Attività svolte in passato (professione ecc.):

La/il paziente ha vissuto (luogo, sfera culturale ecc.):

Medicinali prescritti	Posologia	Osservazione

Allegati

Testamento biologico

Mandato precauzionale

Elenco dei medicinali

Altro

Medica/o di famiglia (nome e telefono):

Aiuti esterni a domicilio (Spitex, centro diurno):

Automedicazione	Posologia	Osservazione

Assunzione dei medicinali:

da sola/o

con aiuto

li sputa

La comprensione è...

- ancora buona
- limitata ai gesti
- limitata a frasi brevi
- totalmente compromessa

Il linguaggio è...

- ancora buono
- leggermente limitato
- fortemente limitato
- del tutto assente

La vista è...

- ancora buona
- leggermente limitata
- fortemente limitata
- possibile con occhiali

L'udito è...

- ancora buono
- leggermente debole
- molto debole
- con apparecchio acustico

Mangiare e bere: il/la paziente...

- mangia da sola/o
- mangia con le posate
- beve da sola/o
- mangia con le mani
- si deve far tagliare il cibo
- gli va di traverso il cibo
- ha bisogno di istruzioni
- mangia cibo frullato
- dev'essere imboccato
- ha la protesi dentaria

Cibi e bevande preferiti: _____

Antipatie: _____

Intolleranze: _____

WC: il/la paziente...

- è autonoma/o
- dev'essere stimolata/o
- dev'essere aiutata/o
- è incontinente

Igiene personale autonoma/o con aiuto

Bagno autonoma/o con aiuto

Doccia autonoma/o con aiuto

Fa resistenza contro: _____

La memoria a breve termine è...

- ancora buona
- limitata
- totalmente compromessa

L'orientamento spaziale è...

- ancora buono
- limitato
- Vi è il rischio che parta e si perda.

L'orientamento temporale è...

- ancora buono
- limitato

Il riconoscimento: il/la paziente riconosce...

- oggetti di tutti i giorni
- persone conosciute
- una situazione e le rispettive aspettative

Problemi di pelle, allergie, sensibilità:

Sonno

- difficoltà ad addormentarsi
- ritmo giorno/notte
- sonno disturbato
- dorme bene

Comportamento: il paziente...

- non accetta il contatto fisico
- può reagire in modo ostile
- è spesso triste
- si sopravvaluta
- fa resistenza
- si lascia aiutare

Si arrabbia se: _____

Diventa irrequieta/o se: _____

Ha paura di: _____

Si lascia calmare con: _____

Abitudini di cui tenere conto: _____
