



SCHEDA INFORMATIVA AGGIUNTIVA

DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI INGRESSO DI UN OSPITE PRESSO CDI/MAP

Nome del paziente candidato all'inserimento presso CDI/MAP:

COGNITIVITA' ☐ Lucido, orientato nel tempo e nello spazio
☐ Parzialmente orientato, incerto e dubbioso
☐ Chiaramente disorientato ma comportamento quasi sempre adeguato
☐ Completamente confuso, comportamento spesso non adeguato

IRRITABILITA' ☐ Calmo
☐ Talvolta irritabile, se stuzzicato
☐ Spesso irritabile anche nei confronti di stimoli non provocatori
☐ Qualsiasi contatto può causare irritabilità

IRREQUIETEZZA MOTORIA O VERBALE ☐ Normalmente tranquillo
☐ Talvolta irrequieto
☐ Chiaramente irrequieto, si muove spesso
☐ Sempre irrequieto, wandering
☐ Frequenti richiami, anche senza reali necessità assistenziali
☐ Urla, grida, lamenti

Peso in kg

Fuma sigarette? Se sì, quante al giorno

Beve solitamente alcolici? In quali termini?

Qual è il comportamento prevalente quotidiano?	
Il paziente è consapevole e d'accordo riguardo il suo imminente ingresso presso CDI/MAP?	
Il paziente è consapevole dell'entità della propria disabilità?	
Il paziente è in grado di comprendere adeguatamente le informazioni sanitarie che lo riguardano?	
Se la risposta al precedente quesito è negativa, si è provveduto alla nomina di un Amministratore di Sostegno?	
Il paziente manifesta tendenzialmente atteggiamento collaborante nei confronti del personale che si occupa della sua assistenza (igiene, terapia, alimentazione)?	
Assume comportamenti ricorrenti che possono risultare disturbanti per gli altri ospiti? (grida, richiami ripetuti, volgarità, manipolazione di oggetti altrui...)	

Effettua annualmente vaccinazione antinfluenzale?

☐ Sì
☐ No, perché

Data

Firma