

**Allegato 2***Programma di prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore – Estate 2008***SCHEDA INDIVIDUALE****Medico**

Cognome

Nome

Paziente

Cognome

Nome

 M F

Genere

Data di nascita

Codice fiscale

Comune di residenza

Stato civile

coniugato/a

celibe/nubile

vedovo/a

Separato-divorziato/a

Livello di istruzionenon ha titoli
di studio

licenza elementare

diploma di scuola
media inferiorediploma di scuola
media superiore

laurea

Luogo di residenza abituale del paziente

abitazione privata, da solo/a

abitazione privata, con persona che l'assiste

RSA

casa di riposo o altra struttura socio-assistenziale

 SI NO**La stanza dove il paziente dorme è provvista di un impianto di condizionamento dell'aria?**



Stato di salute

Malattie cardiovascolari

- Cardiopatia ischemica
- Aritmia cardiaca
- Ipertensione arteriosa
- Vasculopatia periferica
- Scompenso cardiaco

Malattie cerebrovascolari

- Esiti di ictus
- TIA ricorrenti

Malattie respiratorie croniche

- Enfisema
- BPCO
- Asma

Malattie neurologiche

- Demenza
- Malattia di Alzheimer
- Neuropatie periferiche
- Patologia cerebellare
- Morbo di Parkinson
- Sclerosi multipla
- Epilessia

Malattie delle ghiandole endocrine e degli elettroliti

- Diabete
- Patologie della tiroide
- Segni di disidratazione

Disturbi psichici

- Depressione
- Ansia
- Psicosi

Altre patologie non comprese tra le precedenti

- Insufficienza renale
- Malattie del fegato
- Neoplasie
- Anemia

**Valutazione funzionale**

(S. Katz et al. 1970 – Mod. da L.Z. Rubenstein)

Per ogni ATTIVITA' barrare la casella corrispondente allo stato funzionale (INDIPENDENZA/DIPENDENZA) del paziente

SCALA ADL (Activities of Daily Living)		
ATTIVITA'	INDIPENDENZA Non necessita di supervisione, direzione o assistenza.	DIPENDENZA Necessita supervisione, direzione, assistenza parziale o totale.
LAVARSI	Si fa il bagno da solo, completamente o necessita di aiuto solo per una zona del corpo (schiena, zona perineale o estremità disabili) <input type="checkbox"/>	Necessita di aiuto per più di una parte del corpo, entrando o uscendo dalla vasca o dalla doccia. <input type="checkbox"/>
VESTIRSI	Prende i vestiti dai cassetti e li indossa completamente da solo/a senza aiuto. Può necessitare di aiuto nell'indossare le scarpe. <input type="checkbox"/>	Necessita di aiuto per essere vestito o deve essere completamente assistito per vestirsi. <input type="checkbox"/>
IGIENE PERSONALE	Raggiunge il bagno, gestisce i suoi abiti e ha una corretta igiene dell'area genitale. <input type="checkbox"/>	Necessita di aiuto per raggiungere il bagno, per la propria igiene o usa comoda o pannoloni. <input type="checkbox"/>
SPOSTAMENTI	Si alza e si corica sul letto e si alza e si siede sulla sedia autonomamente, trasferimenti assistiti meccanicamente sono accettati. <input type="checkbox"/>	Necessita di aiuto per muoversi dal letto e dalla sedia o richiede assistenza completa per ogni trasferimento. <input type="checkbox"/>
CONTINENZA	Completa indipendenza nelle funzioni urinaria e intestinale. <input type="checkbox"/>	Parzialmente o totalmente dipendente nelle funzioni urinaria e intestinale. <input type="checkbox"/>
ALIMENTARSI	Porta il cibo dal piatto alla bocca senza aiuto. La preparazione dei cibi può essere eseguita da altre persone. <input type="checkbox"/>	Necessita di parziale o totale aiuto per alimentarsi o necessita di nutrizione enterale. <input type="checkbox"/>



Terapia farmacologica in corso

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Neurolettici (Fenotiazine) | <input type="checkbox"/> Ipolipemizzanti |
| <input type="checkbox"/> Antidepressivi (A. triciclici, MAO inibitori) | <input type="checkbox"/> Beta-bloccanti |
| <input type="checkbox"/> Tranquillanti (Benzodiazepine) | <input type="checkbox"/> Calcio-antagonisti |
| <input type="checkbox"/> Psicoanalettici (Anfetamine) | <input type="checkbox"/> Diuretici |
| <input type="checkbox"/> Ipnotici (Benzodiazepine) | <input type="checkbox"/> ACE-inibitori |
| <input type="checkbox"/> Analgesici / Sedativi della tosse (Oppioidi, Alcaloidi) | <input type="checkbox"/> Vasocostrittori |
| <input type="checkbox"/> Antiepilettici (Barbiturici) | <input type="checkbox"/> Vasodilatatori |
| <input type="checkbox"/> Antiparkinsoniani (Anticolinergici, Levodopa, Alcaloidi) | <input type="checkbox"/> Broncodilatatori |
| <input type="checkbox"/> Antiemetici (Fenotiazine, H ₁ -antistaminici) | <input type="checkbox"/> Glicosidi cardiaci |
| <input type="checkbox"/> Simpatomimetici | <input type="checkbox"/> Litio |
| <input type="checkbox"/> Simpatolitici (Beta-bloccanti) | <input type="checkbox"/> Alcaloidi |
| <input type="checkbox"/> Parasimpatomimetici (Alcaloidi) | <input type="checkbox"/> Antitrombotici |
| <input type="checkbox"/> Tireo-agonisti | <input type="checkbox"/> Antiemorragici |
| <input type="checkbox"/> Corticosteroidi | <input type="checkbox"/> Sartani |
| <input type="checkbox"/> Anabolizzanti | <input type="checkbox"/> Ossigeno terapia domiciliare |

/ / **Data chiusura della scheda**