



Regione Lazio

Codice MMG

ID paziente

Allegato 2

Programma di prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore – Estate 2008

SCHEDA INDIVIDUALE

Medico

<input type="text"/>	Cognome
<input type="text"/>	Nome

Paziente

<input type="text"/>	Cognome
<input type="text"/>	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 istruzione

non ha titoli di studio licenza elementare diploma di scuola media inferiore diploma 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**