

**SCHEDA DI VALUTAZIONE  
PRE-INGRESSO CASA FAMIGLIA**

Sig./Sig.a \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**STATO FUNZIONALE**

<b>ATTIVITA'</b>	INDIPENDENTE	RICHIESTE AIUTO	TOT. DIPENDENTE
IGIENE PERSONALE			
BAGNO			
VESTIZIONE			
GESTIONE CONTINENZA			
ASSUNZIONE PASTI			
ASSUNZIONE FARMACI			

**STATO CLINICO**

Sulla base dell'anamnesi e della valutazione odierna:

- sono presenti gravi disturbi comportamentali, in fase di insufficiente controllo

SI  NO

- il paziente è affetto da patologie caratterizzate da un profilo di instabilità che richiede frequente intervento di un infermiere o di un medico

SI NO

PATOLOGIE PRINCIPALI: : \_\_\_\_\_

TERAPIA IN ATTO: \_\_\_\_\_

STATO VACCINALE - COVID: \_\_\_\_\_

ALTRI VACCINI: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO e FIRMA