

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

Sig./Sig.a _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale: _____

STATO FUNZIONALE

ATTIVITA'	INDIPENDENTE	RICHIEDE 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