

**MODULO INFORMATIVO SULLE
CONDIZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE**

N.B. si accetta il paziente se le condizioni cliniche all'ingresso corrispondono alle notizie riportate

Cognome Nome età

Provenienza Ospedale e divisione Tel

Domicilio Tel

Diagnosi: _____

Malattie associate: _____

Postura: Supina Prona Seduta Eretta Deambulazione Si No

Stato di coscienza: Vigile Torpore Sopore Coma (grado)

Afasia: no si
Comprensione: Buona Compromessa
Espressione: Buona Compromessa

TIPO DI MENOMAZIONE: _____

Alimentazione: Per os Sondino n-g Parenterale Gastrostoma
 Respirazione: Spontanea Assistita O2-Terapia
 Emogasanalisi: pH pCO2 pO2 Sat O2

Trachestoma: NO SI
 Data ultimo cambio cannula tracheostomica
 Infezione allo stoma tracheale: si no

Piaghe da decubito: NO SI (numero - sede - dimensione e grado).....

TAC/RMN (data e referto)

E' indispensabile inviare fotocopia degli esami ematochimici di routine più recenti praticati al paziente-

ECG (data e referto)

Rx Torace (data e referto)

Press. Arteriosa/..... Freq. Cardiacabpm Tem. Corporea

Terapia medica in atto: