

**CARTELLA  
SOCIO  
ASSISTENZIALE  
E SANITARIA**

**Assistenza Domiciliare  
ANZIANI**

# CARTELLA SOCIO ASSISTENZIALE

DATA		NOMINATIVO COMPILATORE	
NUMERO UTENTE			
NOME		COGNOME	
<input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/> MASCHIO	STATO CIVILE		DATA NASCITA
CODICE FISCALE		N. TESSERA SANITARIA	
MEDICO CURANTE		TELEFONO	
ESENZIONI			
INDIRIZZO	VIA MAGENTA		
NUMERO TELEFONICO		NUMERO DI FAMILIARI CONVIVENTI	
COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA	NOME E COGNOME	GRADO DI PARENTELA	
ALTRO FAMILIARE DI RIFERIMENTO		GRADO DI PARENTELA	
NUMERO TELEFONICO			
N. TELEFONO	CELL.		CASA
SEGUITO DA ALTRI SERVIZI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SPECIFICARE: PSICHIATRIA	
<b>SINTESI DELLE NOTIZIE ASSISTENZIALI (ASPETTI SANITARI E SOCIALI)</b>			

TEMPI DI ACCESSO	PERSONALE COINVOLTO
N. ORE SETTIMANALI	
N. ACCESSI SETTIMANALI	

Grado di istruzione	Professione svolta
<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Scuola elementare <input type="checkbox"/> Scuola media inferiore o equivalente <input type="checkbox"/> Scuola media superiore o equivalente <input type="checkbox"/> Diploma universitario Altro	<input type="checkbox"/> Pensionato/a <input type="checkbox"/> Operaio <input type="checkbox"/> Libero professionista/ Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Impiegato/a <input type="checkbox"/> Operaio Altro

Situazione abitativa	
Dislocazione nel territorio (rispetto ai servizi pubblici, es: negozi, farmacia, trasporti, ecc...) <input type="checkbox"/> (quartiere _____ ) <input type="checkbox"/> Centrale e ben servita dai servizi pubblici <input type="checkbox"/> Poco servita <input type="checkbox"/> Isolata <input type="checkbox"/> Assenza di altri inquilini	Barriere architettoniche e condizioni generali <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> esterne <input type="checkbox"/> interne _____ <input type="checkbox"/> Piano <input type="checkbox"/> Mancanza di ascensore condizioni igieniche <input type="checkbox"/> scarse <input type="checkbox"/> suffic. <input type="checkbox"/> buone riscaldamento <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> centrale
<b>GESTIONE DELL'ABITAZIONE</b> <input type="checkbox"/> <u>idonea</u> : è in grado di gestire l'abitazione sia come igiene che come ordine; <input type="checkbox"/> <u>parzialmente idonea</u> : è sufficientemente ordinato ma deve essere stimolato ad una maggiore igiene; <input type="checkbox"/> <u>non idonea</u> : non è in grado di gestire l'igiene dell'abitazione né il riordino. NOTE:	

### Situazione familiare

- famiglia collaborante in grado di fornire assistenza e supporto adeguati
- famiglia che necessita di aiuto:
  - sostegno psico – emotivo - relazionale
  - supporto socio-assistenziale
  - informazioni e / o supporto educativo
- famiglia che esprime situazioni di disagio:
  - per la sofferenza del paziente
  - per la perdita della privacy
  - per il cambiamento delle abitudini di vita
  - altro

---

---

---

- famiglia incapace
- famiglia non collaborante
- senza famiglia e/ o amici
- famiglia con problemi di \_\_\_\_\_

#### Conoscenza e percezione della condizione del congiunto

---

- adeguata     inadeguata     nulla     altro

#### Considerazioni sintetiche sulla condizione familiare (anche familiari non conviventi)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## DESCRIZIONE DEI PROBLEMI

### ELIMINAZIONE URINARIA

- nella norma
- incontinenza occasionale
- incontinenza permanente
- ritenzione urinaria
- catetere vescicale
- Fa uso di
  - urocontrol
  - pannolone

OBIETTIVO  MANTENIMENTO  
 CAMBIAMENTO

VERIFICHE: DATA.....Nessuna.....

RAGGIUNTO OBIETTIVO.....(SI o NO)

OBIETTIVO (MANT o CAMB) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CAPACITA' DI AUTO AIUTO

#### PAZIENTE

- si  no  parziale

di auto-aiuto : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### FAMIGLIA

- si  no  parziale

azioni di aiuto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ALTRO (specificare)

- si  no  parziale

azioni di aiuto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ELIMINAZIONE INTESTINALE

- nella norma
- stipsi
- diarrea
- incontinenza occasionale
- incontinenza permanente
- portatore di stomia

OBIETTIVO:  MANTENIMENTO  
 CAMBIAMENTO

VERIFICHE: DATA...

RAGGIUNTO OBIETTIVO.....(SI o NO)

OBIETTIVO (MANT o CAMB) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CAPACITA' DI AUTO AIUTO

#### PAZIENTE

- si  no  parziale

azioni di auto-aiuto. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### FAMIGLIA

- si  no  parziale

azioni di aiuto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ALTRO (specificare)

- si  no  parziale

azioni di aiuto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## IGIENE PERSONALE E ABBIGLIAMENTO

- idonee
- inadeguate per frequenza
- inadeguate per qualità
- utilizzo prodotti non idonei
- necessita di aiuto e supervisione
- deve essere lavato e vestito

OBIETTIVO  MANTENIMENTO  
 CAMBIAMENTO

VERIFICHE: DATA

RAGGIUNTO OBIETTIVO. (SI o NO)

OBIETTIVO (MANT o CAMB)

---

---

---

---

---

## CAPACITA' DI AUTO AIUTO

PAZIENTE

- si  no  parziale

azioni di auto-aiuto

---

---

---

---

FAMIGLIA

- si  no  parziale

azioni di aiuto

---

---

---

---

ALTRO (specificare)

- si  no  parziale

azioni di aiuto

---

---

---

---

## ASPETTO ED INTEGRITA' DELLA CUTE

- cute integra E' AFFETTO DA PSORIASI
- ferita traumatica .....
- ferita chirurgica .....
- ulcera distrofica da arteriopatia
- ulcera distrofica da insufficienza venosa
- lesione da decubito sita .....

OBIETTIVO  MANTENIMENTO  
 CAMBIAMENTO

VERIFICHE: DATA

RAGGIUNTO OBIETTIVO (SI o NO)

OBIETTIVO (MANT o CAMB)

---

---

---

---

## CAPACITA' DI AUTO AIUTO

PAZIENTE

- si  no  parziale

azioni di auto-aiuto

---

---

---

---

FAMIGLIA

- si  no  parziale

azioni di aiuto

---

---

---

---

ALTRO (specificare)

- si  no  parziale

azioni di aiuto

---

---

---

---

### ALIMENTAZIONE ED IDRATAZIONE

ALTEZZA

PESO

idonee

nutrizione enterale

nutrizione parenterale

inappetenza       obesità

cachessia

scarso apporto di liquidi

deve seguire dieta

OBIETTIVO    MANTENIMENTO  
                   CAMBIAMENTO

VERIFICHE: DATA

RAGGIUNTO OBIETTIVO.....(SI o NO)

OBIETTIVO    (MANT o CAMB) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CAPACITA' DI AUTO AIUTO

PAZIENTE

si     no     parziale

azioni di auto-aiuto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FAMIGLIA

si     no     parziale

azioni di aiuto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALTRO (specificare)

si     no     parziale

azioni di aiuto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ASSUNZIONE DEI PROPRI FARMACI

Attualmente in terapia con: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

assume le terapia autonomamente alla corretta posologia ed agli orari esatti

assume la terapia autonomamente agli orari esatti soltanto se preparata in anticipo da terza persona

non è autonomo nell'assunzione della terapia

OBIETTIVO    MANTENIMENTO  
                   CAMBIAMENTO

VERIFICHE: DATA NESSUNA

RAGGIUNTO OBIETTIVO.....(SI o NO)

OBIETTIVO    (MANT O CAMB) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CAPACITA' DI AUTO AIUTO

PAZIENTE

si     no     parziale

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FAMIGLIA

si     no     parziale

azioni di aiuto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALTRO (specificare)

si     no     parziale

azioni di aiuto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### MOBILITA' E DEAMBULAZIONE

- deambula autonomamente
- costretto a letto       in sedia a rotelle
- deambula autonomamente con ausili
- deambula se accompagnato
- ha subito amputazione di .....
- portatore di arto artificiale al .....
- presenta equilibrio precario

OBIETTIVO    MANTENIMENTO  
                   CAMBIAMENTO

VERIFICHE: DATA

RAGGIUNTO OBIETTIVO.....(SI o NO)

OBIETTIVO   ( MANT O CAMB )  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CAPACITA' DI AUTO AIUTO

#### PAZIENTE

- si       no       parziale

azioni di auto-aiuto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### FAMIGLIA

- si       no       parziale

azioni di aiuto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ALTRO (specificare)

- si       no       parziale

azioni di aiuto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SONNO E RIPOSO

- dorme e riposa regolarmente
- dorme poco la notte e recupera il sonno di giorno
- alterazione del ritmo sonno-veglia a causa di  
\_\_\_\_\_
- fa uso saltuario di sedativi
- dorme solo con ansiolitici e/o ipnotici
- non riesce a dormire per la presenza di dolore

Terapia del dolore..... SI..... NO...

OBIETTIVO    MANTENIMENTO  
                   CAMBIAMENTO

VERIFICHE: DATA

RAGGIUNTO OBIETTIVO.....(SI o NO)

OBIETTIVO   ( MANT O CAMB )  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CAPACITA' DI AUTO AIUTO

#### PAZIENTE

- si       no       parziale

azioni di auto-aiuto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- si       no       parziale

azioni di aiuto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ALTRO (specificare)

- si       no       parziale

azioni di aiuto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### SITUAZIONE COGNITIVA

- orientato nel tempo e nello spazio
- stato di coma       stato soporoso
- stabilmente disorientato nel tempo e nello spazio
- frequentemente disorientato nel tempo e spazio
- talvolta disorientato nel tempo e spazio
- memoria recente  buona    sufficiente    nulla
- memoria remota   v buona    sufficiente    nulla
- diagnosi Medica di demenza in stadio .....

OBIETTIVO    MANTENIMENTO  
                   CAMBIAMENTO

VERIFICHE: DATA

RAGGIUNTO OBIETTIVO.....(SI o NO)

OBIETTIVO   ( MANT O CAMB )  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CAPACITA' DI AUTO AIUTO

#### PAZIENTE

- si       no       parziale

azioni di auto-aiuto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### FAMIGLIA

- si       no       parziale

azioni di aiuto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ALTRO (specificare)

- si       no       parziale

azioni di aiuto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SITUAZIONE RELAZIONALE E COMUNICATIVA

- comunica e si esprime normalmente
- presenta difficoltà nella comunicazione per problemi uditivi
- presenta difficoltà nella comunicazione per problemi visivi
- presenta difficoltà nella comunicazione per problemi del linguaggio .....
- è collaborante    SI    NO
- è diffidente       SI    NO
- è aggressivo       SI    NO

OBIETTIVO    MANTENIMENTO  
                   CAMBIAMENTO

VERIFICHE: DATA

RAGGIUNTO OBIETTIVO.....(SI o NO)

OBIETTIVO   ( MANT O CAMB )  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CAPACITA' DI AUTO AIUTO

#### PAZIENTE

- si       no       parziale

azioni di auto-aiuto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### FAMIGLIA

- si       no       parziale

azioni di aiuto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ALTRO (specificare)

- si       no       parziale

azioni di aiuto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CONOSCENZA/ PERCEZIONE DEL PROPRIO STATO DI SALUTE

- conosce perfettamente la propria malattia
- non è a conoscenza della malattia reale
- nessuna percezione
- negazione/ isolamento
- rabbia
- depressione
- accettazione

OBIETTIVO  MANTENIMENTO  
 CAMBIAMENTO

VERIFICHE: DATA

RAGGIUNTO OBIETTIVO.....(SI o NO)

OBIETTIVO ( MANT O CAMB )  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CAPACITA' DI AUTO AIUTO

#### PAZIENTE

- si  no  parziale

azioni di auto-aiuto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### FAMIGLIA

- si  no  parziale


azioni di aiuto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_


#### ALTRO (specificare)


- si  no  parziale


azioni di aiuto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SUPPORTI RELAZIONALI


  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_


  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_


  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_


  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SUPPORTI STRUMENTALI

  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# OSSERVAZIONI E VERIFICHE

DATA:	OSSERVAZIONI:
OBIETTIVO	
VERIFICA:	
DATA:	OSSERVAZIONI:
OBIETTIVO:	
VERIFICA:	