

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

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

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

**STATO FUNZIONALE**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>INDIPENDENTE</b>	<b>RICHIEDE AIUTO</b>	<b>TOT. DIPENDENTE</b>
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