

PAZIENTE

COGNOME:

NOME:

DATA DI NASCITA:

DIAGNOSI:

SITUAZIONE COGNITIVA: LUCIDO CONFUSO MOLTO CONFUSO

INCONTINENZA: SI (SE SI PANNOLONI O CATETERE) NO

DEAMBULAZIONE: AUTONOMA ASSISTITA ALLETT./COSTRETTO IN SEDIA

ALIMENTAZIONE: AUTONOMA ASSISTITA

DISFAGIA: NO SI NUTRIZIONE ENTERALE/PARENTERALE

RESPIRAZIONE: AUTONOMA O2 TERAPIA VENTILAZIONE MECCANICA

TRACHEOSTOMIA SI NO

PROBLEMI COMPORTAMENTALI: ASSENTI /LIEVI MODERATI GRAVI/ MOLTO GRAVI

LINGUAGGIO: PRESENTE MENOMATO ASSENTE