

**SCHEMA CLINICA****DATI ASSISTITO**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Cod. fiscale \_\_\_\_\_

Descrizione	Assente	Presente	Causa di non autosufficienza
TUMORI MALIGNI			
DIABETE MELLITO			
MALNUTRIZIONE			
ANEMIE			
DEMENTIA			
DEPRESSIONE			
PARKINSON E ALTRE MALATTIE NEUROLOGICHE			
CECITA' E IPOVISIONE			
PERDITA DELL' UDITO			
IPERTENSIONE ARTERIOSA			
MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE			
ARITMIE CARDIACHE			
INSUFFICIENZA CARDIACA			
ICTUS			
ALTRE MALATTIE CEREBROVASCOLARI			
MALATTIE DELLE ARTERIE PERIFERICHE			
MALATTIE DELLE VENE DEGLI ARTI INFERIORI			
MALATTIE POLMONARI CRONICHE OSTRUTTIVE			
MALATTIE GASTROINTESTINALI			
MALATTIE EPATO-BILIARI			
INSUFFICIENZA RENALE			
ULCERE DA DECUBITO			
FRATTURA DI FEMORE			
MALATTIE OSTEO-ARTICOLARI			
INCONTINENZA FECALE			
INCONTINENZA URINARIA			
ALTRO (specificare):			

**Indicare quale tra le patologie presenti è la principale causa di non autosufficienza:**


Luogo e Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma MMG