

**Generalità**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Sesso ☐ M ☐ F

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

Età \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Medico Medicina Generale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Infermiere di riferimento \_\_\_\_\_

Paziente seguito in ADI/  
SID/ADP

☐ NO ☐ SI'

se sì, per \_\_\_\_\_

Paziente abita

☐ da solo ☐ con figli ☐ con coniuge ☐ con assistenza (badante)

**Monitoraggi (Domande da porre al paziente oppure all'assistente familiare)**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1 | Esegue i monitoraggi dei parametri vitali con regolarità? (una volta alla settimana) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'  |
| 2 | Come risulta la Pressione Arteriosa quando la misura?                                | <input type="checkbox"/> iperteso <input type="checkbox"/> ipoteso <input type="checkbox"/> normoteso |
| 3 | Come risulta la Frequenza Cardiaca a riposo quando la misura?                        | <input type="checkbox"/> > 100 <input type="checkbox"/> < 60 <input type="checkbox"/> tra 60 e 100    |

**Attività fisica**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 4 | Effettua regolarmente piccole passeggiate o attività motoria?   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' |
| 5 | E' inserito in un programma di Attività Fisica Adattata?  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' |
| 6 | Riesce a salire una rampa di scale?   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' |
| 7 | Si è accorto di avere difficoltà nel camminare o nel fare le scale, dall'ultima volta che ci siamo visti / sentiti? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' |

Dieta		
8	Ha avuto difficoltà a deglutire i cibi dall'ultima volta che ci siamo sentiti / visti?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
9	Peso attuale	Kg
10	È diminuito o aumentato di peso nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' se Sì quanti Kg:

Altro		
11	Le capita di vedere le gambe o le caviglie gonfie?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
12	Ha vertigini?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' se SI' chiedere più informazioni: <input type="checkbox"/> appena sveglio? <input type="checkbox"/> dopo sforzo eccessivo? <input type="checkbox"/> senza causa apparente?
13	E' caduto dall'ultima visita / ricovero?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
14	Ha difficoltà a camminare?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
15	Riesce a camminare in casa senza aiuti, come l'ultima volta che ci siamo visti / sentiti?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' se NO chiedere più informazioni all'assistente familiare
16	Riesce a camminare fuori casa senza aiuti, come l'ultima volta che ci siamo visti / sentiti?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' se NO chiedere più informazioni all'assistente familiare
17	Si accorge di iniziare un passo e poi di doversi fermare?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' Porre questa domanda anche all'assistente familiare

Ricoveri		
18	E' stato ricoverato dal precedente contatto telefonico?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
19	Se SI', Causa del ricovero	<input type="checkbox"/> malattia di Parkinson (es. aggiustamento/riadeguamento terapia ecc...) <input type="checkbox"/> Altra causa non legata alla malattia di Parkinson
20	Le è capitato di dover andare in Pronto Soccorso?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI'
21	Se SI' Perché?	
22	Le è capitato di dover contattare la Guardia Medica?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' se Sì per:

