



# CITTÀ DI TRAPANI

## IV Settore - Servizi Sociali

### SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI

SCHEDA SULLO STATO DI SALUTE DI:

Signor \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, domiciliat\_\_ / residente \_\_\_\_\_

- |                                     |                                      |                                      |                                      |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Capacità di farsi capire            | <input type="checkbox"/> SI          | <input type="checkbox"/> NO          |                                      |                                      |
| Capacità visiva:                    | <input type="checkbox"/> sufficiente | <input type="checkbox"/> parziale    | <input type="checkbox"/> inesistente |                                      |
| Capacità uditiva:                   | <input type="checkbox"/> sufficiente | <input type="checkbox"/> parziale    | <input type="checkbox"/> inesistente |                                      |
| Capacità di alimentarsi da solo:    | <input type="checkbox"/> SI          | <input type="checkbox"/> NO          | <input type="checkbox"/> con aiuto   |                                      |
| Capacità di vestirsi da solo:       | <input type="checkbox"/> SI          | <input type="checkbox"/> NO          | <input type="checkbox"/> con aiuto   |                                      |
| Capacità di lavarsi da solo:        | <input type="checkbox"/> SI          | <input type="checkbox"/> NO          | <input type="checkbox"/> con aiuto   |                                      |
| Capacità di deambulazione:          | <input type="checkbox"/> normale     | <input type="checkbox"/> con protesi | <input type="checkbox"/> con aiuto   | <input type="checkbox"/> inesistente |
| Necessità di cure mediche continue: | <input type="checkbox"/> SI          | <input type="checkbox"/> NO          |                                      |                                      |
| Necessità di sedativi:              | <input type="checkbox"/> SI          | <input type="checkbox"/> NO          |                                      |                                      |

Osservazioni generali e/o particolari sullo stato di salute:

---



---



---

Trapani, \_\_\_\_\_

Il Medico Curante

---