



COMUNE DI NAPOLI  
Assessorato agli Affari Sociali



REGIONE CAMPANIA  
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1  
DIREZIONE SANITARIA

# SISTEMA INTEGRATO DI CURE DOMICILIARI

**CARTELLA SOCIO SANITARIA N°.....**

UTB

ALLEGATO 6



**ESAME OBIETTIVO**

**A. FAMILIARE:**

FUMO SI  NO  ALCOOL SI  NO   
 SONNO regolare  insonnia iniziale  insonnia intermedia   
 Inversione ritmo sonno-veglia  sonnolenza diurna   
 DIURESI ALVO .....  
 ALIMENTAZIONE sufficiente  insufficiente  altro

**A. PATOLOGICA REMOTA:**

N° ..... di ricoveri, nell'ultimo anno, presso ospedali  
 N° ..... di ricoveri, nell'ultimo anno, presso RSA e/o strutture riabilitative  
 N° ..... di ammissioni, nell'ultimo anno, in ADP  
 N° ..... di ammissioni, nell'ultimo anno, in ADs  
 N° ..... di ammissioni, nell'ultimo anno, in ADsa

**A. PATOLOGICA PROSSIMA:**

**TERAPIA IN ATTO:**

Peso Kg ..... Altezza cm ..... P.A. .... mmHg FC ...../bpm  
 Stato di coscienza  vigile  confuso  sporoso  coma  
 Condizioni generali  buone  discrete  scadute   
 Decubito  indifferente  obbligato   
 Colorito  normale  pallido  itterico  cianotico  
 Sottocutaneo  normale  edema diff.  edema arti inf.  linfedema  
 Linfoghiandole  non palpab.  palpabili   
 Collo  normale  gozzo  edentulia  protesi  
 Denti  conservati  carie mult.  sedia a rotelle  allettato  
 Deambulazione  autonoma  con aiuto

**App. Respiratorie**  nulla da rilevare  patologico per ;

**App. Cardiovascolare**

**Polsi**  presenti  iposfigmici .....  assenti

**Addome**

nulla da rilevare  patologico per

**Fegato e milza**

nulla da rilevare  patologico per

**App. Neurologico**

nulla da rilevare  patologico per

**App. Urgeintale**

nulla da rilevare  patologico per

**App. Locomotore**

nulla da rilevare  patologico per

**Piaghe da decubito**

assenti  presenti



