

**SCHEDA DI ARRUOLAMENTO PAZIENTE AFFETTO DA SLA****SEDE**

- ☐ PRONTO SOCCORSO      ☐ SPECIALISTICA AMBULATORIALE/ TERRITORIALE  
☐ REPARTI OSPEDALIERI      ☐ MMG      ☐ AMBULATORIO SLA      ☐ PUA/UVT

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Esenzione ticket \_\_\_\_\_  
Caregiver \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**ANAMNESI PATOLOGICA**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> DIABETE MELLITO            | <input type="radio"/> OBESITA  |
| <input type="radio"/> IPERTENSIONE ARTERIOSA     | <input type="radio"/> TABAGISMO                                      |
| <input type="radio"/> IPERCOLESTEROLEMIA         | <input type="radio"/> STORIA DI CARDIOPATIA                          |
| <input type="radio"/> NEOPLASIA                  | pregresso <input type="checkbox"/> in corso <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO | pregresso <input type="checkbox"/> in corso <input type="checkbox"/> |

**TERAPIA IN ATTO**

---

---

---

**VALUTAZIONE ATTUALE****Sintomi**

DISPNEA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DISFAGIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DISARTRIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FATICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DOLORE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se "SI", indicare sede: _____		

**SCHEDA DI ARRUOLAMENTO PAZIENTE AFFETTO DA SLA****Segni**

ALTERAZIONI FORZA MUSCOLARE SI ☐ NO ☐  
ALTERAZIONI TONO MUSCOLARE SI ☐ NO ☐  
ALTERAZIONI RIFLESSI OSTEOTENDINEI SI ☐ NO ☐  
FASCICOLAZIONI MUSCOLARI SI ☐ NO ☐

☐ SNG ☐ PEG/J ☐ IOT ☐ NIV ☐ CPAP ☐ O2 ☐ RESPIRO AUTONOMO

PESO: \_\_\_\_\_

ALTEZZA: \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_

LESIONI DA PRESSIONE: SI ☐ NO ☐

**PARAMETRI**

PA: \_\_\_\_\_

FC: \_\_\_\_\_

SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

FR: \_\_\_\_\_

CALO PONDERALE (ultimi 3 mesi) SI ☐ NO ☐

Se "SI", specificare: \_\_\_\_\_

**SETTING SOCIALE/FAMILIARE**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Vive in famiglia   | <input type="radio"/> Autonomo nelle ADL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| <input type="radio"/> Vive solo  | <input type="radio"/> Autonomo nelle IADL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Deambulazione autonoma SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |   |

DATA DI ARRUOLAMENTO \_\_\_\_\_

FIRMA INFERMIERE

FIRMA MEDICO

**VERIFICA A DOMICILIO DEI BISOGNI SOCIALI:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA E FIRMA OPERATORE \_\_\_\_\_