

**Scheda d'anamnesi 1/2**

Cognome:	Nome:
Via, n.:	CAP, località:
Data di nascita:	Professione:
Tel. privato:	Tel. ufficio:
Tel. cellulare:	E-mail:
Medico dentista:	Medico di famiglia:
È stato mandato dal medico <input type="checkbox"/> , medico dentista <input type="checkbox"/> , altro <input type="checkbox"/>	
Nome e indirizzo:	

**Esattamente per quale motivo si sottopone a questa visita odontoiatrica? Compilazione obbligatoria!**

Dolori , consulenza , secondo parere , infortunio , altro

Come è venuto a conoscenza del nostro studio / reparto?

Conoscenti , stampa , conferenza , Internet , altro

Lei percepisce l'assistenza o l'aiuto sociale  o ha diritto a prestazioni complementari all'AVS/AI

Nome e sezione della cassa malati / dell'assicurazione:

Comune , Semiprivata , Privata , Assicurazione complementare per la medicina complementare , per l'odontoiatria

Rappresentante legale: cognome, nome e indirizzo:

**Domande relative alla situazione odontoiatrica**

**Si ? No**

Ha dolori ai denti <input type="checkbox"/> , alle gengive <input type="checkbox"/> , alla mascella <input type="checkbox"/> o alla mandibola <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre spesso di afte <input type="checkbox"/> , herpes labiale <input type="checkbox"/> , infiammazioni della mucosa orale <input type="checkbox"/> , bocca secca <input type="checkbox"/> , bruciore alla bocca <input type="checkbox"/> , alterazioni della mucosa <input type="checkbox"/> , punti di pressione della protesi <input type="checkbox"/> , altro <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto un infortunio ai denti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, è stato annunciato all'assicurazione infortuni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digrigna o stringe eccessivamente i denti (bruxismo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha spesso mal di testa o soffre di dolori alla cervicale, alle spalle o ai muscoli masticatori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A volte ha la sensazione di avere un alito cattivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizza strumenti per l'igiene orale come il filo interdentale <input type="checkbox"/> , lo spazzolino interdentale <input type="checkbox"/> , il risciacquo orale <input type="checkbox"/> o altro <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con quale frequenza? Ogni giorno <input type="checkbox"/> , più volte alla settimana <input type="checkbox"/> , occasionalmente <input type="checkbox"/>			
Va regolarmente dal medico dentista? Ogni sei mesi <input type="checkbox"/> , una volta all'anno <input type="checkbox"/> , occasionalmente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando ci è andato l'ultima volta?			
Motivo della visita: controllo <input type="checkbox"/> , dolori <input type="checkbox"/> , altro <input type="checkbox"/>			
È mai stato sottoposto a un trattamento da un'igienista dentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai avuto reazioni inusuali alle iniezioni del medico dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto altri problemi con trattamenti odontoiatrici precedenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolori / gonfiori <input type="checkbox"/> , emorragie secondarie <input type="checkbox"/> , intolleranza ai materiali <input type="checkbox"/> , problemi con la protesi <input type="checkbox"/> , altro <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Domande relative allo stato di salute**

Attualmente si sente malato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lo scorso anno è stato in cura da un medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato in ospedale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per quale motivo?			
Attualmente assume qualche medicinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Annotare per favore tutti i preparati attualmente assunti nella lista dei medicinali allegata!</b>			
Pratica uno o più sport? Quale/i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si prega di compilare in ogni sua parte anche il retro del questionario!

**Ha, o ha mai avuto...**

<b>...malattie cardiocircolatorie:</b>	<b>Si</b>	<b>?</b>	<b>No</b>
ipertensione o ipotensione arteriosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi cardiaci/angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
capogiri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
svenimenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aritmie cardiache (p. es. tachicardia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un infarto cardiaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un ictus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
affanno respiratorio dopo breve sforzo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gambe gonfie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi della circolazione periferica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un difetto cardiaco congenito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
endocardite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un pacemaker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un intervento su una valvola cardiaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**...malattie delle vie respiratorie:**

sinusite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bronchite cronica / polmonite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sangue nell'espettorato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tubercolosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
difficoltà respiratorie nel salire le scale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
difficoltà respiratorie durante il sonno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
russa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**...malattie del sangue:**

una malattia del sangue – se sì, quale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un'anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un tempo di sanguinamento prolungato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
facile formazione di lividi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trasfusioni di sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
si è già sottoposto a dialisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assume medicinali emodiluenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
non le è permesso donare il sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**...reazioni allergiche:**

asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
raffreddore da fieno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eruzioni cutanee?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reazioni d'ipersensibilità ai medicinali p. es. anestetici locali <input type="checkbox"/> , penicillina <input type="checkbox"/> , altri antibiotici <input type="checkbox"/> , iodio <input type="checkbox"/> , sulfamidici <input type="checkbox"/> , analgesici <input type="checkbox"/> , alimenti <input type="checkbox"/> , pollini <input type="checkbox"/> , polvere <input type="checkbox"/> , metalli <input type="checkbox"/> , materie plastiche <input type="checkbox"/> ? Altro <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**...malattie reumatiche articolari:**

	<b>Si</b>	<b>?</b>	<b>No</b>
artrite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
febbre reumatica, gonfiore articolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
protesi articolare artificiale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dolori cronici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**...malattie metaboliche:**

diabete mellito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
una patologia tiroidea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sete frequente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frequente stimolo a urinare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
difficoltà di cicatrizzazione di una ferita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi ormonali, terapie ormonali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**...malattie neurologiche / psichiche:**

una demenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
una o più depressioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
morbo di Parkinson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**...altre malattie / varie:**

una malattia degli occhi cronica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
patologie renali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un'insufficienza renale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
malattie gastrointestinali (p. es. ulcere)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scarso appetito o inappetenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
malattie del fegato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
epatite, itterizia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sclerosi multipla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osteoporosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tumori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chemio o radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trattamento con bifosfonati (tumori o osteoporosi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
malattie ereditarie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
epilessia (convulsioni)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sofferto di una malattia sessualmente trasmissibile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è sottoposto a un test dell'HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, quando?			
Esistono fattori di rischio per un'infezione da HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fa uso di droghe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuma? Cosa? Quanto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beve regolarmente alcolici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha un certificato di buona salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha dei piercing/tatuaggi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È incinta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assume dei contraccettivi orali (pillola)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa una spirale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acconsento a che i dati o i referti della mia storia clinica, incluse le radiografie o le fotografie, nonché le copie o le stampe delle stesse, siano comunicati, o su richiesta forniti, ad altro personale medico, anch'esso vincolato al segreto professionale.

Data e firma del paziente:

Data e verifica da parte di:

**Lista dei medicinali**

Annoti nella tabella sottostante i nomi dei preparati di tutti i medicinali, integratori alimentari e rimedi naturali che assume attualmente dietro prescrizione medica di uno specialista o su autoprescrizione. Per ogni preparato indichi il dosaggio attuale e la frequenza di utilizzo.

<b>Nome del preparato</b>	<b>Dosaggio</b> Quantità di principio attivo per unità (p. es. compressa) e numero di unità	<b>Frequenza di utilizzo</b> inclusa la distribuzione nell'arco della giornata

Data e firma del paziente: \_\_\_\_\_

Data e verifica da parte di: \_\_\_\_\_

### Check list per lo screening pluridimensionale del paziente

Persona responsabile:

Data di osservazione:

Dati del paziente / Cognome, nome:

Data di nascita:

Particolarità / Variazioni nel comportamento e/o nell'aspetto esteriore del paziente		Note
Aspetto esteriore	<input type="checkbox"/> Abbigliamento <input type="checkbox"/> Cura e igiene del corpo <input type="checkbox"/> Alito (p. es. alcol, acetone) <input type="checkbox"/> Limitazioni fisiche <input type="checkbox"/> Rapporto peso-altezza / variazioni di peso	
Umore	<input type="checkbox"/> Umore depresso, atteggiamento negativo <input type="checkbox"/> Perdita d'interesse, motivabilità <input type="checkbox"/> Infelicità, impotenza, disperazione <input type="checkbox"/> Maggiore affaticabilità <input type="checkbox"/> Diminuzione dell'impulso, difficoltà di ragionamento	
Comportamento	<input type="checkbox"/> Prolissità, complicatezza <input type="checkbox"/> Irrequietezza motoria <input type="checkbox"/> Attenzione ridotta <input type="checkbox"/> Labilità affettiva, povertà affettiva, disorientamento <input type="checkbox"/> Confusione, ansia, allucinazioni, delirio <input type="checkbox"/> Mutamenti improvvisi	
Orientamento temporale	<input type="checkbox"/> Data, giorno della settimana, mese, anno <input type="checkbox"/> Spostamento temporale <input type="checkbox"/> Percezione e rispetto degli appuntamenti, puntualità <input type="checkbox"/> Capacità di pianificare gli appuntamenti	
Orientamento spaziale	<input type="checkbox"/> Percorso di andata e ritorno, piano, studio <input type="checkbox"/> Esecuzione delle misure d'igiene	
Memoria	<input type="checkbox"/> Capacità di memorizzazione (nomi di persone di riferimento nel team, appuntamento, indirizzo, numero di telefono, motivo del trattamento, informazioni, spiegazioni) <input type="checkbox"/> Istruzioni per l'igiene	
Riconoscimento, comprensione	<input type="checkbox"/> Riconoscimento e utilizzo di oggetti d'uso comune (biglietto per gli appuntamenti, penna, bicchiere per risciacquare la bocca, sputacchiera, strumenti per l'igiene, prescrizioni di misure d'igiene)	
Capacità esecutiva	<input type="checkbox"/> Programmazione/esecuzione di procedure complesse (uso della protesi) <input type="checkbox"/> Adattamento delle risorse d'attenzione	
Multitasking	<input type="checkbox"/> Esecuzione di più compiti contemporaneamente <input type="checkbox"/> Stops walking when talking (smette di camminare quando parla)	
Sicurezza nella deambulazione	<input type="checkbox"/> Variabilità della deambulazione <input type="checkbox"/> Disturbi dell'equilibrio <input type="checkbox"/> Mobilità, debolezza <input type="checkbox"/> Ausili (bastone, deambulatore)	
Capacità di linguaggio	<input type="checkbox"/> Fluidità di parola, significato delle parole	
Capacità di lettura	<input type="checkbox"/> Lettura ad alta voce dell'appuntamento annotato sul biglietto, di prescrizioni di medicinali / misure d'igiene	
Capacità di scrittura	<input type="checkbox"/> Annotazione degli appuntamenti su biglietti o nell'agenda	
Accompagnamento	<input type="checkbox"/> Necessità di assistenza/aiuto	
Ambiente sociale	<input type="checkbox"/> Perdita di familiari <input type="checkbox"/> Situazione abitativa	

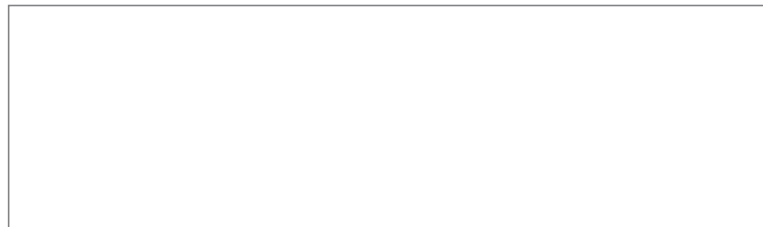
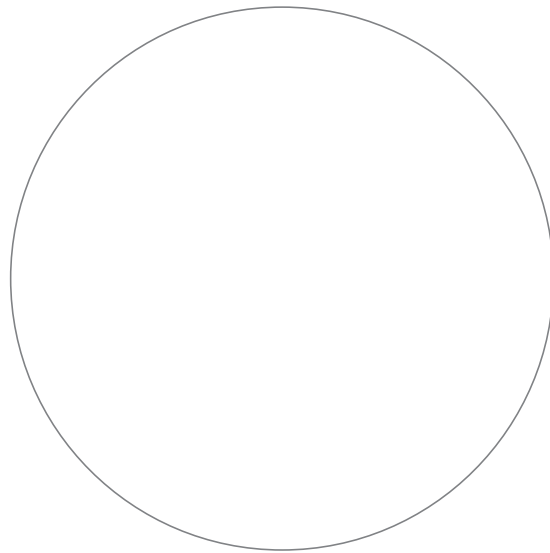
**Geriatric Depression Scale GDS** di Sheikh e Yesavage 1986

		<b>Si</b>	<b>No</b>
1	È sostanzialmente soddisfatto della sua vita?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ha abbandonato molte delle sue attività e dei suoi interessi?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3	Ha la sensazione che la sua vita sia vuota?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4	Si annoia spesso?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5	Di solito è di buon umore?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
6	Teme che le stia per accadere qualcosa di brutto?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7	Generalmente si sente soddisfatto?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
8	Si sente spesso indifeso?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
9	Preferisce rimanere in casa anziché uscire e fare qualcosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
10	Pensa di avere più difficoltà di memoria rispetto ad altre persone?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
11	Pensa che sia fantastico stare al mondo adesso?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
12	Nella sua condizione attuale, si sente di non valere nulla?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
13	Si sente pieno di energia?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
14	Crede che la sua situazione sia disperata?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
15	Pensa che la maggior parte delle altre persone stia meglio di lei?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**Punteggio GDS**

---

## Disegni un orologio



**Check list sullo stato nutrizionale** di Suter 2002

	<b>Si</b>	<b>No</b>
Una malattia o un sintomo provoca cambiamenti nelle mie abitudini alimentari e/o nella quantità di cibo che assumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo meno di 2 pasti al giorno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangio poca frutta, verdura o latticini.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevo 3 o più bicchieri di birra, vino o grappa al giorno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho problemi ai denti o alla bocca e quindi faccio fatica a mangiare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non ho sempre abbastanza soldi per acquistare gli alimenti necessari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perlopiù mangio da solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assumo 3 o più medicinali al giorno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senza volerlo, negli ultimi mesi sono aumentato/calato di 4-5 kg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per motivi fisici non riesco sempre ad andare a fare la spesa, a cucinare o a nutrirmi autonomamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Punteggio**

---