

SCHEDA DI VALUTAZIONE – CST UPLEDGER

**SCHEDA DI VALUTAZIONE – CST
LA COMPILAZIONE DELLE PAGINE 1 - 2 DELLA SCHEDA
È A CURA DEL PERSONALE SANITARIO DELLA STRUTTURA**

STRUTTURA CHE OSPITA L'ASSISTITO (Nome e indirizzo) _____

DATI DELL'ASSISTITO (Cognome e Nome e età) _____

INDICARE:

Nome responsabile sanitario Upledger Italia _____ Nome professionista sanitario referente per la struttura _____

Dati Anamnestici

(dati da chiedere all'Assistito e poi confrontarli con i dati acquisiti dalla struttura che lo ospita)

Nome Cognome _____
(la persona li ricorda? SI NO)

Nata/o il ___/___/_____ Nome del Padre _____ Nome della Madre _____
(si ricorda la data? SI NO – il nome del padre? SI NO – della madre SI NO)

Fratelli _____ Sorelle _____ Altri parenti _____

Tempi di permanenza nella Struttura dove si pratica _____

Valutazione delle Funzioni Cognitive attuali dell'Assistito

Memoria: Lieve Parziale Presente Assente

Orientamento: Orientato Disorientato

Reattività verbale: Risponde correttamente Non risponde correttamente

Riconosce persone famigliari o intime: Si No Quali? _____

Valutazione delle Funzioni Percettive attuali dell'Assistito

Udito: Buono Presente Bilaterale Solo a destra Solo a sinistra
 Assente -sordità

Gusto: Buono Assente

Olfatto - diminuzione della funzionalità dei recettori olfattivi: Si No

Vista: Buona Offuscata Parziale Non vedente

Tatto: Pelle sottile Pelle spessa Rugosa

Reattività e tolleranza percettiva: adeguata emergente instabile

Valutazione della Comorbidità Somatica dell'Assistito

Altre principali malattie presenti : Si No

Quali?

1. _____

2. _____

3. _____

Valutazione dei Sintomi non cognitivi dell'Assistito

Scala sulla depressione valutata: Si No

Consolabilità: buona scarsa

Rabbia (scala Barry-Reisberg opzionale): Presente Espressa Lieve Esplosiva

Tristezza: Presente Espressa Lieve

Valutazione dello Stato Funzionale e Fisiologico attuale dell'Assistito

DEAMBULAZIONE AUTONOMA: Si No

DEAMBULAZIONE: Buona Con assistenza Con ausili (se si quali?)

Scale da solo Scale con assistenza Non riesce a fare scale

CURA PERSONALE: Igiene indipendente Igiene con assistenza
 Si pettina da solo Si pettina con assistenza
 Si veste da solo Si veste con assistenza

INCONTINENZA: Si No

ALIMENTAZIONE: Senza assistenza Con assistenza
 Mangia con Appetito Inappetenza

SONNO: Buono Agitato Irregolare Insonnia

SONNO INDOTTO CON FARMACI: Si No

RESPIRO: Normale Difficoltà respiratoria lieve
 Difficoltà respiratoria media Difficoltà respiratoria grave

Valutazione Complessiva di deterioramento

di sintomi e manifestazioni della patologia nella Scala di Gravità dell'Assistito

(stadio attuale di aggravamento della patologia secondo la scala GDS)

- Fase 1: nessun deterioramento
- Fase 2 : declino molto lieve
- Fase 3 : declino lieve
- Fase 4 : declino moderato
- Fase 5 : declino moderato grave
- Fase 6 : grave declino
- Fase 7 : declino molto grave

Indicare eventuali VARIAZIONI della valutazione (data) rilevate da (Nome professionista sanitario):

CALENDARIO DEI TRATTAMENTI

Scheda valida per 2 mesi consecutivi di trattamenti (per 12 trattamenti al mese)

INDICARE A OGNI TRATTAMENTO:

	giorno	- luogo	- ora - durata trattamento	- Nome Operatore Upledger
ES.: 0)	22/11/17	- Trieste	- 15.10 - 20'	- Mario Rossi

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

8) _____

9) _____

10) _____

11) _____

12) _____

13) _____

14) _____

15) _____

16) _____

17) _____

18) _____

19) _____

20) _____

21) _____

22) _____

23) _____

24) _____

Per i Trattamenti Seguenti (compilare una nuova scheda e numerarla)

TECNICHE

Posizionarsi inizialmente alle spalle o sulle cosce dell'Assistito per non più di 15' ad ogni trattamento

Suggerimento di svolgimento :

una volta presa visione della cartella della persona che parteciperà alla ricerca, ci si posiziona con le mani sulle spalle o sulle cosce e si inizia con 15 minuti di Still Point praticando durante tutto il tempo il dialogo terapeutico con le domande suggerite sotto come partenza, sempre come scopo finale di stimolare memorie, dissipare sacche infiammatorie e blocchi.

Si suggerisce di portare a termine con circa 5 minuti di Pompaggio Craniale

**DIALOGO TERAPEUTICO IN RILASCIO SOMATO EMOZIONALE
DOMANDE DA PORRE ALL'ASSISTITO:**

- 1) Dove è nata /o?
- 2) Dove e come ha passato la giovinezza? Ricordi sui genitori e parenti
- 3) Quale è il ricordo più vivido di quel periodo?
- 4) E stata/o sposata/o, ha figli, nipoti ecc?
- 5) Cosa le piaceva fare di più?
- 6) Quali sono i suoi hobby e interessi?
- 7) Cosa desidera di più ora?

NUMERO SCHEDA _____ DI DATA _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE PER TRATTAMENTO PAZIENTI DISABILI: ALZHEIMER

NOTE SULLO SVOLGIMENTO DEL TRATTAMENTO EFFETTUATO IN DATA

(La scheda di valutazione deve sempre essere accompagnata da "Consenso Informato" e "Liberatoria sulla Privacy" firmati dall'utente. Sulla scheda non dovranno essere riportati i dati sensibili dell'utente nel caso in cui la stessa scheda debba essere in seguito sottoposta a valutazione di terze persone, ameno di esplicito consenso dell'utente stesso o di chi per esso ne è il legale rappresentante). Per la compilazione della scheda, che riporta le azioni svolte, non sono ammessi termini terapeutici o azioni di diagnosi e cura.

COMPILARE IL RAPPORTO SU OGNI TRATTAMENTO

1- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ____/____/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

2- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ____/____/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

3- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE_____

4- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE_____

5- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE_____

6- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE_____

7- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE_____

8- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

9- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

10- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

11- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

12- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

13- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

14- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

15- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

16- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

17- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

18- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

19- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

20- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

21- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

22- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

23- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

24- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

25- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

26- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

27- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) ___/___/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

28- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

29- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

30- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

31- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

32- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

33- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

34- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

35- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

36- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

37- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

38- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

39- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

40- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

41- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

42- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

43- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

44- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

45- LUOGO(SIGLA)+DATA (____) __/__/2017 - COGNOME+FIRMA(SIGLA)OPERATORE _____

**NOTE PER LA PRIMA RIVALUTAZIONE
DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO
DOPO LA PRIMA METÀ DEL CICLO DI TRATTAMENTI**

È stato rilevato:

Empty box for notes.