



SCHEDA ANAMNESTICA

METODO S.C.I. SCAPE

(VERSIONE Rev. 01 05/08/2021)

ALP Life Impresa Sociale S.C.S.
24013 Oltre il Colle (BG) – via Drago, 1760
tel. 0345 56207 – fax 0345 65640
info@alplife.it – www.alplife.it

Sezione speciale CCIAA: Impresa Sociale e Start up Innovativa
Albo Coop. a mutualità prevalente n. C131204
C.F.e P.IVA 04388570162 – REA BG 459328
Aderente a Confcooperative Bergamo



RSD - cerebrolesioni acquisite - mielolesioni
Neuroabilitazione motoria indoor e outdoor
Ricoveri sollievo

*Deposito Brevetto n.
102019000012810 del 24/07/19*

Informazioni di contatto del cliente

Le informazioni di seguito devono essere direttamente correlate alla persona che parteciperà ai servizi di ALP Life con l'utilizzo del metodo SciScape. Tutte le informazioni sono in un database sicuro e rispettano tutte le norme e i regolamenti HIPAA

Data odierna:

Nome e cognome:

Indirizzo di residenza:

Città:

Nazione:

Codice postale:

Miglior numero di contatto:

E-mail:

Lingua madre:

Informazioni di contatto di emergenza

Si prega di fornire un punto di contatto in caso di emergenza.

Nome e cognome:

Miglior numero di contatto:

Rapporto con il cliente:

Dati anagrafici del cliente

Data di nascita:

Luogo di nascita:

Età:

Sesso: M F

Stato civile:

Dati descrittivi e sociali

Invalidità – percentuale:

Peso:

Altezza:

Situazione familiare – breve descrizione:

Tipo di convivenza abitativa:

Attività lavorativa:

La tua lesione o diagnosi di malattia

Data della lesione o della diagnosi:

Diagnosi primaria:

- Lesioni midollo spinale
- Trauma cranico
- Paralisi cerebrale
- Mielite trasversa
- Altro

Raccontaci del tuo infortunio/diagnosi:

Storia del trattamento

Ospedale in cui sei stato curato:

Medico di base:

Numero di contatto del medico:

Tutti i nostri clienti sono molto speciali per noi. Ti preghiamo di dedicare un momento per dirci qualcosa in più sulla tua lesione/diagnosi. Ad esempio, conoscere i livelli esatti di lesioni per un paziente con lesioni del midollo spinale ci aiuterebbe a capire come il nostro programma può essere meglio finalizzato. Se hai altre diagnosi oltre a quelle primarie elencate sopra, elenca anche quelle. Specifica inoltre se trattasi di evento CGA e/o Parkinson

Parlaci di te:

Ospedalizzazioni successive in seguito alla situazione traumatica:

Tipo di trattamenti ricevuti in ospedale:

Attuali trattamenti riabilitativi in corso:

Abilità fisica - Si prega di fornire dettagli

Diuresi – necessita di cateterismo: Sì No

Incontinenza urinaria: Sì No

Incontinenza fecale: Sì No

Fumo: Sì No

Di seguito sono riportate alcune domande relative alle tue capacità fisiche, da compilare al meglio delle tue conoscenze. Queste informazioni ci permetteranno di avere una migliore comprensione della tua attuale condizione fisica.

Quali dispositivi di assistenza usi quotidianamente:

Descrivi la tua forza nella parte superiore del corpo:

Descrivi la tua forza nella parte inferiore del corpo:

Descrivi la tua forza principale:

Considerazioni speciali di cui dovremmo essere a conoscenza:*

**piaghe da decubito, storia di fratture, ecc*

Descrivi la tua precedente esperienza riabilitativa:

Data dell'ultima riabilitazione:

Abilità cognitiva intellettiva - Si prega di fornire dettagli

Di seguito sono riportate alcune domande relative alle tue capacità fisiche, da compilare al meglio delle tue conoscenze. Queste informazioni ci permetteranno di avere una migliore comprensione della tua attuale condizione clinica:

Difficoltà principali percepite rispetto alla dimensione cognitiva (memoria, attenzione, visuo-percezione..) – Breve descrizione

Quali autonomie quotidiane sono oggi limitate o gravemente compromesse – breve descrizione

Area psicologica

Percorsi psicologici e/o psichiatrici in corso o passati – breve descrizione

Farmaci e terapie riabilitative in atto

Elenca tutti i farmaci che stai attualmente assumendo:

Terapie riabilitative in atto:

Allergie e intolleranze alimentari:

Storia medica

Si prega di rispondere Sì o No a quanto segue

Storia di malattie cardiache o altri disturbi cardiaci/valvolari incluso il pacemaker: Sì No

Alta pressione sanguigna: Sì No

Bassa pressione sanguigna: Sì No

E' portatore di pompe di infusione: Sì No

E' portatore di derivazione ventricolo – peritoneale: Sì No

Osteopenia / Osteoporosi: Sì No

È un requisito SciScape che tutti i clienti presentino un documento di Idoneità Sportiva Non Agonistica. Si prega di discutere questa scelta con il nostro team per ulteriori informazioni poiché ogni caso del cliente è unico.

Diabete: Sì No

Obesità: Sì No

Storia delle fratture: Sì No

Elenca eventuali interventi chirurgici recenti:

Se ritieni che ci siano altre condizioni mediche di cui dovremmo essere a conoscenza, spiegate di seguito:

Presenza disturbi del sonno

Piaghe da decubito

Hai attualmente una piaga da pressione? Sì No

Se hai risposto di sì sopra, sei stato autorizzato da un medico? Sì No

Se al momento non hai una piaga da decubito, ma se ne sviluppa una prima del tuo arrivo, ti preghiamo di informare il nostro personale prima della sessione di allenamento.

Approvazione del medico

Il tuo medico ha approvato la tua partecipazione a un programma di esercizi adattati in palestra?

Sì No

Nome del medico:

Numero di telefono del medico:

Opzioni del programma

Di seguito è riportata una breve panoramica di questi programmi, consultare il nostro sito Web www.alplife.it per ulteriori informazioni o contattare la nostra struttura per ulteriore assistenza. La selezione del programma su questa applicazione ci dà semplicemente una migliore comprensione di come potremmo aiutarti. Non esitare a contattare la nostra struttura per avere maggiori informazioni sulla scelta del programma più adatto a te. Si prega di selezionare il programma di seguito che si desidera programmare.

Programma per i clienti locali Questo programma è per i clienti che parteciperanno regolarmente (giornaliero/settimanale/mensile).

Programma per i clienti in visita: questo programma è progettato per i clienti che non vivono vicino alla nostra sede. I programmi di visita sono di minimo una settimana.

Tipo di programma:

- Cliente locale
 Cliente in visita
 Home programma

Data di inizio richiesta:

Numero di settimane desiderato:

Come sei venuto a conoscenza di ALP Life e del metodo S.C.I. Scape?

Come hai saputo di noi?

Se segnalato da un altro cliente, si prega di elencare il loro nome di seguito

Dichiarazione di accuratezza

Dichiaro di aver risposto alle domande compilando la scheda anamnestica fornitami al meglio delle mie conoscenze al fine di rendere noti eventuali problemi medici diagnosticati e/o caratteristiche che possono aumentare il rischio di problemi di salute, segni o sintomi indicativi di problemi di salute e comportamenti di stile di vita legati alla salute positiva o negativa, che consentano all'equipe specialistica di ALP Life di determinare se è necessaria l'autorizzazione medica prima di iniziare un programma e/o costruire un progetto personalizzato. Comprendo che, se necessario, ALP Life si riserva il diritto di richiedere l'autorizzazione e l'approvazione del medico prima di iniziare qualsiasi programma di esercizi, e ha il diritto di negare la mia partecipazione se le richieste non vengono soddisfatte e/o se non sono ritenuto idoneo a sola discrezione di ALP Life.

Ho letto, compreso e accetto i termini e le condizioni di questo accordo: Sì No

Data di riconoscimento:

Nome del cliente:

Nome del genitore/tutore (se necessario):

Visto dal Responsabile Scientifico _____