

**SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO AL SISTEMA DELLE
CURE DOMICILIARI, RIABILITATIVE E RESIDENZIALI NON OSPEDALIERE**

(Cure Domiciliari - R.S.A. - Riabilitazione)

Al P.U.A. di CELANO - Via della Stazione - Telefono: 0863 711173 - FAX: 0863 711976

DATI ANAGRAFICI UTENTE

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| Cognome: | | | | | Nome: | | | | | | | | | |
| Luogo di nascita: | | | | | Data di nascita: / / | | | | | | | | | |
| Nazionalità: <input type="checkbox"/> Italiana | | | | | <input type="checkbox"/> Unione Europea | | | | | <input type="checkbox"/> Extracomunitaria | | | | |
| Invalidità Civile: <input type="checkbox"/> no | | | | | <input type="checkbox"/> si | | | | | <input type="checkbox"/> Legge 104/92 (allegare documentazione) | | | | |
| Sesso: <input type="checkbox"/> maschio | | | | | Stato Civile: <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a o convivente <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> non dichiarato | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> femmina | | | | | | | | | | | | | | |
| Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | |
| Residenza: | | | | | via | | | | | n. | | | | |
| Domicilio: <i>compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza</i> | | | | | via | | | | | n. | | | | |
| Nome sul campanello: | | | | | | | | | | | | | | |
| Recapiti telefonici: 1) | | | | | 2) | | | | | | | | | |

DATI INERENTI IL RICOVERO

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|
| P.O./C.d.C. | | | | | U.O. | | | | |
| Recapiti telefonici: 1) | | | | | 2) | | | | |
| DATA PRESUNTA DI DIMISSIONE: ___/___/___ | | | | | FAX _____ | | | | |
| Motivo del ricovero: | | | | | | | | | |
| DIAGNOSI PRINCIPALE di dimissione: | | | | | ICD-CM _ _ _ | | | | |
| 1ª Diagnosi concomitante: | | | | | ICD-CM _ _ _ | | | | |
| 2ª Diagnosi concomitante: | | | | | ICD-CM _ _ _ | | | | |
| 3ª Diagnosi concomitante: | | | | | ICD-CM _ _ _ | | | | |
| <p>RICHIESTA di AMMISSIONE - formulata il ___/___/___ per:</p> <p><input type="checkbox"/> Cure Domiciliari (A.D.I.) <input type="checkbox"/> Assegno di cura (se attivato dall'Ente Locale di residenza)</p> <p><input type="checkbox"/> Accesso in R.S.A. <input type="checkbox"/> Accesso in R.P. <input type="checkbox"/> Ospedale di Comunità</p> <p><input type="checkbox"/> Riabilitazione Ex Art. 26 in regime:</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Residenziale</p> <p><input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Semiresidenziale</p> <p><input type="checkbox"/> Extramurale</p> | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accesso alla Medicina Riabilitativa - cod. 56 (solo nei casi previsti dal PSR) | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|---|---|
| CONDIZIONE FAMILIARE DEL PAZIENTE: Cognome _____ | | Nome _____ | |
| Il paziente vive: <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> con il coniuge <input type="checkbox"/> con i figli <input type="checkbox"/> altri | | | |
| Numero totale dei figli del paziente: _____ | | Numero di conviventi (escluso il paziente): _____ | |
| Badante: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si (.....) | | | |
| Situazione familiare: <input type="checkbox"/> famiglia collaborante e in grado di fornire assistenza <input type="checkbox"/> famiglia che necessita di aiuto per la cura del paziente <input type="checkbox"/> famiglia incapace o non collaborante <input type="checkbox"/> senza famiglia | | | |
| MMG o PLS del paziente | | | |
| Cognome | | Nome | |
| FAMILIARE DI RIFERIMENTO | | | |
| Cognome: | | Nome: | |
| Recapiti telefonici: 1) | | 2) | |
| CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE | | | |
| ELEVATO INDICE DI COMORBILITÀ: | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| STATO DI COSCIENZA: | | <input type="checkbox"/> ORIENTATO | <input type="checkbox"/> DISORIENTATO <input type="checkbox"/> COMA |
| RESPIRAZIONE: | | <input type="checkbox"/> AUTONOMA | <input type="checkbox"/> OSSIGENO <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA |
| PAZIENTE COLLABORANTE: | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| DEAMBULAZIONE AUTONOMA: | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON AUSILII |
| ALIMENTAZIONE: <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> SONDINO NASO-GASTRICO <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> APT <input type="checkbox"/> ALTRO | | | |
| CONTINENZA URINARIA: | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| | | <input type="checkbox"/> pannoloni <input type="checkbox"/> catetere vescicale, tipo _____ data ultimo posizionamento _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> altro _____ | |
| CONTINENZA FECALE: | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| PORTATORE DI STOMIA: | | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI modello e misura: |
| ACCESSO VENOSO CENTRALE: | | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI tipo e gestione: |
| ALLERGIE ED INTOLLERANZE: | | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI descrizione: |
| Lesioni da decubito: | | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI sede e grado: |
| Ausili/Protesi: | | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI specificare: |
| Data dell'evento acuto _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | <input type="checkbox"/> Trattasi di infortunio sul lavoro - INAIL | |
| Percorso riabilitativo dall'evento acuto: | | | |
| <input type="checkbox"/> MEDICINA RIABILITATIVA (Cod. 56) | | <input type="checkbox"/> CURE DOMICILIARI | <input type="checkbox"/> R.S.A. <input type="checkbox"/> R.P. |
| <input type="checkbox"/> PRESTAZIONI EX ART. 26 - in regime: | | <input type="checkbox"/> Residenziale | <input type="checkbox"/> Semiresidenziale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Ambulatoriale |
| Disabilità da trattare: | | | |
| Autonomia nelle attività della vita quotidiana: | | fare il bagno | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PARZIALE <input type="checkbox"/> NO |
| | | vestirsi | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PARZIALE <input type="checkbox"/> NO |
| | | igiene personale | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PARZIALE <input type="checkbox"/> NO |
| | | spostamenti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PARZIALE <input type="checkbox"/> NO |
| | | alimentazione | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PARZIALE <input type="checkbox"/> NO |

