

**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 CIVITELLA ROVETO - P.le Stazione - Telefono: 0863 979050 - FAX: 0863 979860

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 _ _ _				
RICHIESTA di AMMISSIONE - formulata il ____/____/____ per:														
<input type="checkbox"/> Cure Domiciliari (A.D.I.)					<input type="checkbox"/> Assegno di cura (se attivato dall'Ente Locale di residenza)									
<input type="checkbox"/> Accesso in R.S.A.					<input type="checkbox"/> Accesso in R.P.					<input type="checkbox"/> Ospedale di Comunità				
<input type="checkbox"/> Riabilitazione Ex Art. 26 in regime:					<input type="checkbox"/> Ambulatoriale					<input type="checkbox"/> Residenziale				
					<input type="checkbox"/> Domiciliare					<input type="checkbox"/> Semiresidenziale				
					<input type="checkbox"/> Extramurale									
<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

INTERVENTI RICHIESTI PER IL PAZIENTE: Cognome _____ Nome _____	
Terapia farmacologia: <i>(specificare posologia e durata)</i>	
Prestazioni infermieristiche: <i>(medicazioni e cambio catetere: specificare anche frequenza)</i>	
Prestazioni riabilitative: <i>(specificare tipologia, frequenza e durata)</i>	
Prestazioni specialistiche:	
Ausili/dispositivi:	

Spazio riservato al Distretto Sanitario

Richiesta n. _____

Pervenuta il ____/____/____

Protocollo n. _____

Firma e timbro del Medico

Firma del paziente
(o del familiare di riferimento)