

**SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO AL SISTEMA DELLE  
CURE DOMICILIARI, RIABILITATIVE E RESIDENZIALI NON OSPEDALIERE**  
(Cure Domiciliari - R.S.A. - Riabilitazione)

AI P.U.A. di PEScina - Via S. Rinaldi - Telefono: 0863 899233 - FAX: 0863 899285

**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><b>RICHIESTA di AMMISSIONE</b> - 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)									

<b>CONDIZIONE FAMILIARE DEL PAZIENTE: Cognome</b> _____		<b>Nome</b> _____	
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			
<b>MMG o PLS del paziente</b>			
Cognome		Nome	
<b>FAMILIARE DI RIFERIMENTO</b>			
Cognome:		Nome:	
Recapiti telefonici: 1)		2)	
<b>CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE</b>			
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

