

**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 SULMONA (stanza n° 13) - Viale Mazzini - Telefono: 0864 499001 - FAX: 0864 499359

ATTENZIONE: per attivare le "Cure Domiciliari" recapitare al Distretto Sanitario di SULMONA
Viale Mazzini (dietro Ospedale) - stanza n° 7
Telefono: 0864 499268 - FAX: 0864 499336

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: <small>compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza</small>					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: solo con il coniuge con i figli altri

Numero totale dei figli del paziente: _____ Numero di conviventi (escluso il paziente): _____

Badante: no si (.....)Situazione familiare: famiglia collaborante e in grado di fornire assistenza
 famiglia che necessita di aiuto per la cura del paziente
 famiglia incapace o non collaborante
 senza famiglia**MMG o PLS del paziente**

Cognome

Nome

FAMILIARE DI RIFERIMENTO

Cognome:

Nome:

Recapiti telefonici: 1)

2)

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTEELEVATO INDICE DI COMORBILITÀ: SI NOSTATO DI COSCIENZA: ORIENTATO DISORIENTATO COMARESPIRAZIONE: AUTONOMA OSSIGENO VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICAPAZIENTE COLLABORANTE: SI NODEAMBULAZIONE AUTONOMA: SI NO CON AUSILIIALIMENTAZIONE: AUTONOMA SONDINO NASO-GASTRICO PEG APT ALTROCONTINENZA URINARIA: SI NO pannoloni
 catetere vescicale, tipo _____
data ultimo posizionamento |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 altro _____CONTINENZA FECALE: SI NOPORTATORE DI STOMIA: NO SI modello e misura:ACCESSO VENOSO CENTRALE: NO SI tipo e gestione:ALLERGIE ED INTOLLERANZE: NO SI descrizione:Lesioni da decubito: NO SI sede e grado:Ausili/Protesi: NO SI specificare:

Data dell'evento acuto |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

 Trattasi di infortunio sul lavoro - INAIL

Percorso riabilitativo dall'evento acuto:

 MEDICINA RIABILITATIVA (Cod. 56) CURE DOMICILIARI R.S.A. R.P. PRESTAZIONI EX ART. 26 - in regime: Residenziale Semiresidenziale Domiciliare Ambulatoriale

Disabilità da trattare:

Autonomia nelle attività della vita quotidiana:
fare il bagno SI PARZIALE NO
vestirsi SI PARZIALE NO
igiene personale SI PARZIALE NO
spostamenti SI PARZIALE NO
alimentazione SI PARZIALE NO

INTERVENTI RICHIESTI PER IL PAZIENTE: Cognome _____ Nome _____

Terapia farmacologia: *(specificare posologia e durata)*

Prestazioni infermieristiche: *(medicazioni e cambio catetere: specificare anche frequenza)*

Prestazioni riabilitative: *(specificare tipologia, frequenza e durata)*

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)
