

**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 Tagliacozzo - Via Variante Tiburtina Valeria - Telefono e FAX: 0863 699266

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					<input type="checkbox"/> femmina					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										
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

