

**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 **CASTEL DI SANGRO - Via Porta Napoli**

Telefono: 0864 899616 - FAX 0864 899613

ATTENZIONE: per attivare le "Cure Domiciliari" recapitare in Via Porta Napoli - CASTEL DI SANGRO

Telefono e FAX: 0864 899291

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: | | | | | | | | | | via | | | | | | | | | | n. | | | | | | | | | |
| Nome sul campanello: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recapiti telefonici: 1) | | | | | | | | | | 2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cognome: | | | | | | | | | | Nome: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recapiti telefonici: 1) _____ | | | | | | | | | | 2) _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3) _____ | | | | | | | | | | FAX _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNOSI PRINCIPALE: | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pagina 1/3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| 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 | | | |
| FAMILIARE DI RIFERIMENTO | | | |
| Cognome: _____ | | Nome: _____ | |
| Recapiti telefonici: 1) _____ | | 2) _____ | |
| CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE | | | |
| 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"/> PRESTAZIONI EX ART. 26 - in regime: <input type="checkbox"/> Residenziale | | <input type="checkbox"/> Semiresidenziale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Ambulatoriale | |
| 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 | |
| PROPOSTA ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA | | | |
| <input type="checkbox"/> n. _____ volte a settimana | | <input type="checkbox"/> ogni _____ giorni | |
| | | <input type="checkbox"/> n. _____ volte al mese | |
| PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO INFERMIERISTICO | | | |
| <input type="checkbox"/> n. _____ volte al giorno | | <input type="checkbox"/> ogni _____ giorni | |
| | | <input type="checkbox"/> n. _____ volte al mese | |
| Tempistica media <input type="checkbox"/> minuti _____ | | | |
| PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DEL FISIOTERAPISTA | | | |
| <input type="checkbox"/> n. _____ volte al giorno | | <input type="checkbox"/> ogni _____ giorni | |
| | | <input type="checkbox"/> n. _____ volte al mese | |
| Tempistica media <input type="checkbox"/> minuti _____ | | | |
| PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO o DELLO PSICOLOGO | | | |
| <input type="checkbox"/> n. _____ volte al giorno | | <input type="checkbox"/> ogni _____ giorni | |
| | | <input type="checkbox"/> n. _____ volte al mese | |
| Tempistica media <input type="checkbox"/> minuti _____ | | | |

