

**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"/> femmina		<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.
<i>compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza</i>			
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)			

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	
Tempistica media <input type="checkbox"/> minuti _____		<input type="checkbox"/> n. _____ volte al mese	
PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DEL FISIOTERAPISTA			
<input type="checkbox"/> n. _____ volte al giorno		<input type="checkbox"/> ogni _____ giorni	
Tempistica media <input type="checkbox"/> minuti _____		<input type="checkbox"/> n. _____ volte al mese	
PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO o DELLO PSICOLOGO			
<input type="checkbox"/> n. _____ volte al giorno		<input type="checkbox"/> ogni _____ giorni	
Tempistica media <input type="checkbox"/> minuti _____		<input type="checkbox"/> n. _____ volte al mese	

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)