

**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:					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)	

<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>FAMILIARE DI RIFERIMENTO</b>			
Cognome:		Nome:	
Recapiti telefonici: 1)		2)	
<b>CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE</b>			
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	
<b>PROPOSTA ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA</b>			
<input type="checkbox"/> n. _____ volte a settimana		<input type="checkbox"/> ogni _____ giorni	
		<input type="checkbox"/> n. _____ volte al mese	
<b>PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO INFERMIERISTICO</b>			
<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 _____			
<b>PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DEL FISIOTERAPISTA</b>			
<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 _____			
<b>PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO o DELLO PSICOLOGO</b>			
<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 _____			

