

**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 L'AQUILA - Ex P.O. Collemaggio - Telefono: 0862 368851 - FAX: 0862 368900

ATTENZIONE: per attivare le "Cure Domiciliari" recapitare a Ex P.O. Collemaggio - L'AQUILA
Telefono: 0862 368843 - FAX: 0862 368951

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"/> femmina																																						
<input type="checkbox"/> vedovo/a													<input type="checkbox"/> non dichiarato																									
Codice Fiscale																																						
Residenza:													via													n.												
Domicilio:													via													n.												
Nome sul campanello:																																						
Recapiti telefonici: 1)													2)																									
<i>compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza</i>																																						
Nome sul campanello:																																						
Recapiti telefonici: 1)													2)																									
3)													FAX																									
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	
		<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 _____			

INTERVENTI RICHIESTI PER IL PAZIENTE: Cognome _____ Nome _____	
<i>Terapia farmacologia: (specificare posologia e durata)</i>	
<i>Prestazioni infermieristiche: (medicazioni e cambio catetere: specificare anche frequenza)</i>	
<i>Prestazioni riabilitative: (specificare tipologia, frequenza e durata)</i>	
<i>Prestazioni specialistiche:</i>	
<i>Ausili/dispositivi:</i>	

Spazio riservato al Distretto Sanitario

Richiesta n. _____

Pervenuta il ____/____/____

Protocollo n. _____

Firma e timbro del Medico

Firma del paziente
(o del familiare di riferimento)