



SCHEDA ANAMNESTICA PER L'AMMISSIONE AL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI

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	
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 o divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> non dichiarato
Invalidità civile <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Legge 104/92 (allegare documentazione)	
Codice fiscale _____	_____
Residenza _____	via _____ n. _____
compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza	
Domicilio _____	via _____ n. _____
Nome sul campanello: _____	
Recapiti telefonici 1) _____ 2) _____	
MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	
Cognome _____	Nome _____
<u>recapiti telefonici 1)</u> _____ 2) _____ <u>fax</u> _____	
Diagnosi principale: _____	ICD-9 _____
1 ^a diagnosi concomitante: _____	ICD-9 _____
2 ^a diagnosi concomitante: _____	ICD-9 _____
3 ^a diagnosi concomitante: _____	ICD-9 _____
CONDIZIONE FAMILIARE DEL PAZIENTE	
Il paziente vive: <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> con il coniuge <input type="checkbox"/> con i figli <input type="checkbox"/> altri _____	
Numero di conviventi (escluso il paziente) _____	Badante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Situazione familiare: <input type="checkbox"/> famiglia collaborante in grado di fornire assistenza <input type="checkbox"/> famiglia che necessita di aiuto per la cura dell'utente <input type="checkbox"/> famiglia incapace o non collaborante <input type="checkbox"/> senza famiglia	
FAMILIARE DI RIFERIMENTO	
Cognome _____	Nome _____
RECAPITO TELEFONICO _____	

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"/> VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA <input type="checkbox"/> OSSIGENO		
Paziente collaborante: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Deambulazione autonoma: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
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 _____ <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 e intolleranze: _____		
Lesioni da decubito: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI sede e grado _____		
Ausili/Protesi: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
specificare _____		
Terapia farmacologica: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Specificare _____		
PROPOSTA ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/ PEDIATRA DI LIBERA SCELTA		
<input type="checkbox"/> n. _____ volte al giorno	<input type="checkbox"/> ogni _____ giorni	<input type="checkbox"/> n. _____ volte a settimana
PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO INFERMIERISTICO		
<input type="checkbox"/> n. _____ volte al giorno	<input type="checkbox"/> ogni _____ giorni	<input type="checkbox"/> n. _____ volte a settimana
Tempistica media	<input type="checkbox"/> min. _____	
PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DEL FISIOTERAPISTA		
<input type="checkbox"/> n. _____ volte al giorno	<input type="checkbox"/> ogni _____ giorni	<input type="checkbox"/> n. _____ volte a settimana
Tempistica media	<input type="checkbox"/> min. _____	
PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO		
<input type="checkbox"/> n. _____ volte al giorno	<input type="checkbox"/> ogni _____ giorni	<input type="checkbox"/> n. _____ volte a settimana
Tempistica media	<input type="checkbox"/> min. _____	

Data |__|/|__|/|__|__|__|

TIMBRO E FIRMA MEDICO
