



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti

U.O.C. Area Distrettuale 1  
Distretto Sanitario di Ortona

Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)  
Piazza San Francesco n. 4 – Ortona (CH) Telefono e Fax n. 085 9173235

ALLEGATO N. 2

REGIONE ABRUZZO

AI PUA del Distretto Sanitario di ORTONA

SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO AL SISTEMA DELLE CURE RIABILITATIVE, RESIDENZIALI  
E SEMIRESIDENZIALI (RSA/RP)  
a cura del MMG/PLS

DATI ANAGRAFICI DELL'UTENTE			
COGNOME		NOME	
Luogo e data di nascita _____ / ____ / ____			
Nazionalità		Unione Europea	
Italiana		Extracomunitaria	
Sesso:		Stato civile	
Maschio		celibe/nubile	
Femmina		coniugato/a o convivente	
		separato/a o divorziato/a	
		vedovo/a	
		non dichiarato	
Invalidità civile		Legge 104/1992 (allegare documentazione)	
Si		No	
CODICE FISCALE <input type="checkbox"/>			
Residenza: Comune _____ Frazione/Contrada _____			
Via _____ n° civico _____			
Domicilio: Comune _____ Frazione/Contrada _____			
Via _____ n° civico _____			
<i>Compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza</i>			
ASL di RESIDENZA			
Nome sul campanello:			
Recapiti telefonici: 1° rec.		2° rec.	
FAMILIARE DI RIFERIMENTO (o care giver): COGNOME:		NOME:	
Recapiti telefonici: 1° rec.		2° rec.	
Indirizzo di posta elettronica:			
MMG o PLS del Paziente: Dott.			
Recapiti telefonici: 1° rec.		2° rec.	
Diagnosi principale:			
1° diagnosi concomitante			
2° diagnosi concomitante			
Richiesta ammissione formulata il ____ / ____ / ____			
<input type="checkbox"/> Per accesso a medicina riabilitativa (cod. 56) nei casi previsti dal PSR			
<input type="checkbox"/> Per prestazioni riabilitazione ex art. 26 L.n.833/1978 in regime			
Residenziale		Ambulatoriale	
Semiresidenziale		Domiciliare	
		Extramurale	
<input type="checkbox"/> Per accesso RSA/RP			

<b>CONDIZIONE GENERALI DEL PAZIENTE:</b>					
<b>COGNOME</b>			<b>NOME</b>		
Data dell'evento acuto ___/___/_____					
Percorso riabilitativo dall'evento acuto:					
Ricovero in medicina riabilitativa	SI	NO			
Prestazioni ex art. 26	SI	NO			
Disabilità da trattare _____ _____ _____					
Elevato indice di comorbilità	SI	NO			
Stato di coscienza	ORIENTATO	DISORIENTATO	COMA		
Respirazione	AUTONOMA	VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA	OSSIGENO		
Paziente collaborante	SI	NO			
Deambulazione autonoma	SI	NO			
Alimentazione	AUTONOMA	SONDINO NASO GASTRICO	PEG	APT	ALTRO
Continenza urinaria	SI	<input type="checkbox"/> pannoloni <input type="checkbox"/> catetere vescicale, tipo <input type="checkbox"/> altro			
	NO				
Continenza fecale	SI	NO			
Portatore di stomia	NO	SI	modello e misura _____		
Evacuazione spontanea	SI	NO			
Accesso venoso centrale	NO	SI	tipo e gestione _____		
Allergie e intolleranze: _____ _____					
Lesioni da decubito	NO	SI	sede e grado _____		

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico \_\_\_\_\_

Tel. e/o fax \_\_\_\_\_ Firma del Paziente o familiare di riferimento \_\_\_\_\_