ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
AREA DISTRETTUALE 1 U.O.C.
DISTRETTO SANITARIO DI FRANCAVILLA AL MARE
AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE – VAL DI FORO
Punto Unico di Accesso(PUA)
C.da Alento sn – FRANCAVILLA AL MARE 66023
e-mail: pua.francavilla@asl2abruzzo.it

SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO AL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI E RESIDENZIALI (DIMISSIONE PROTETTA)
allegato A

DATI ANAGRAFICI UTENTE	
Cognome	Nome
Luogo e data di nascita:	__/__/____
Nazionalità: □ Italiana □ Unione Europea □ Extracomunitaria	
Sesso: □ maschio □ femmina	Stato civile: □ celibe/nubile □ coniugato/a o convivente □ separato/a o divorziato/a □ vedovo/a □ non dichiarato
Invalidità civile □ No □ Si □ 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)
Motivo del ricovero	
Data presunta di dimissione:	
Diagnosi principale di dimissione:	
1° diagnosi concomitante:	
2° diagnosi concomitante:	
3° diagnosi concomitante:	

RICHIESTA DI AMMISSIONE formulata il:____/____/_____

□ **Per accesso a Medicina Riabilitativa (cod.56) nei casi previsti dal PSR**

□ **Per prestazioni di riabilitazione ex art.26 in regime:**

- □ Residenziale
- □ Semiresidenziale
- □ Ambulatoriale
- □ Domiciliare
- □ Extramurale

□ **Per accesso RSA/RA**

□ **Cure Domiciliari**

FAMILIARE DI RIFERIMENTO

Cognome _____ Nome _____

Recapiti telefonici 1) _____ 2) _____

MMG O PLS DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Data dell'evento acuto ___/___/_____ Altro.....

Percorso Riabilitativo dell'evento acuto

Ricovero in medicina riabilitativa (Codice 56): □ SI □ NO

Prestazione ex Articolo 26: □ SI □ NO

ADL (Attività della vita quotidiana) – Autonomia nel:

fare il bagno	□ SI	□ parziale	□ NO
vestirsi	□ SI	□ parziale	□ NO
igiene personale	□ SI	□ parziale	□ NO
spostamenti	□ SI	□ parziale	□ NO
alimentazione	□ SI	□ parziale	□ 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 □ ALTRO_____

Continenza urinaria: □ SI □ NO

□ pannoloni
□ catetere vescicole, tipo_____
□ altro _____

Continenza fecale □ SI □ NO

Portatore di stomia: □ NO □ SI modello e misura _____

Evacuazione spontanea: □ SI □ NO specificare le modalità_____

Accesso venoso centrale: □ NO □ SI tipo e gestione_____

Allergie e intolleranze:

_____

Lesioni da decubito: □ NO □ SI sede e grado_____

_____

Data_____ Timbro e firma Medico_____

Telefono e/o fax_____ Firma dell'interessato
(o familiare di riferimento)_____