



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti

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

Punto Unico di Accesso (PUA)

Piazza San Francesco n. 4 - Ortona (CH)

Telefono 085 9173307 - Fax 085 9173301 e-mail: PUA.ortona@asl2abruzzo.it

Al PUA del Distretto Sanitario di _____

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
Invalità civile <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Legge 104/92 (allegare documentazione)	
Codice fiscale	
Residenza	Via n.____
<i>Compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza</i>	
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)	Fax
Diagnosi principale:	ICD-9
1a diagnosi concomitante	ICD-9
2a diagnosi concomitante	ICD-9
3a 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: 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 NO
 pannoloni
 catetere vescicale, tipo _____
 altro _____

Continenza fecale SI NO

Portatore di stomia: NO SI modello e misura _____

Accesso venoso centrale: NO SI tipo e gestione _____

Allergie e intolleranze:

Lesioni da decubito: NO SI
 sede e grado _____

Ausili/Protesi: SI NO

Specificare _____

Terapia farmacologica: NO SI

Specificare _____

PROPOSTA ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

n. _____ volte al giorno ogni _____ giorni n. _____ volte a settimana

PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO INFERMIERISTICO

n. _____ volte al giorno ogni _____ giorni n. _____ volte a settimana

Tempistica media min _____

PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DEL FISIOTERAPISTA

n. _____ volte al giorno ogni _____ giorni n. _____ volte a settimana

Tempistica media min _____

PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO

n. _____ volte al giorno ogni _____ giorni n. _____ volte a settimana

Tempistica media min _____

Data ____/____/____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
