

REGIONE ABRUZZO

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
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 _____
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: solo con il coniuge con i figli altri _____	
Numero di conviventi (escluso il paziente) _____	Badante SI NO
Situazione familiare: famiglia collaborante in grado di fornire assistenza famiglia che necessita di aiuto per la cura dell'utente famiglia incapace o non collaborante senza famiglia	
FAMILIARE DI RIFERIMENTO	
Cognome _____	Nome _____
recapiti telefonici 1) _____	2) _____

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: 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 Medico
