ALLEGATO N. 2

REGIONE ABRUZZO

Al PUA del Distretto Sanitario di Base di _____

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

a cura del MMG/PLS

DATI ANAGRAFICI UTENTE	
COGNOME	NOME
Luogo e data di nascita _____	gg/mm/aaaa
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 ☐ SI ☐ No ☐ Legge 104/1992 (allegare documentazione)	
CODICE FISCALE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	
Residenza: Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____	
Domicilio: Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____ *Compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza*	
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 posta elettronica:	
MMG o PLS del Paziente: Dott.	
Recapiti telefonici 1)	2)
Diagnosi principale:	
1^ diagnosi concomitante	
2^ diagnosi concomitante	
Richiesta di ammissione formulata il gg/mm/aaaa ☐ per accesso a medicina riabilitativa (cod. 56) nei casi previsti dal PSR ☐ per prestazioni riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978 in regime ☐ Residenziale ☐ Ambulatoriale ☐ Semiresidenziale ☐ Domiciliare ☐ Extramurale ☐ per accesso RSA/RP	

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE:

COGNOME | NOME

Data dell'evento acuto gg/mm/aaaa

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 ☐ NO	☐ pannoloni ☐ catetere vescicale , tipo ☐ altro

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 Medico _____

Tel. e/o fax _____ Firma del paziente o del familiare di riferimento _____