REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n°2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
C.F. e P. IVA 02307130696
NUCLEO OPERATIVO DISTRETTUALE– GUARDIAGRELE
Dirigente Responsabile Dott.ssa Lucilla Gagliardi
Tel. 0871/899209; int.65209 – Fax 0871/899229;int 65229;
Segreteria Tel.0871/899240; Int.65240-0871/899210; Int.65210
e-mail: distretto.guardiagrele@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: ☐ 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) _____

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 _____

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

_____