

ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

DISTRETTO SANITARIO DI LANCIANO

Via Don Minzoni 1 -----66034 LANCIANO

Direttore ad Interim dott. EMILIO MASTROVECCHIO

Tel. 0872 706957 FAX 0872 709781

Email : emilio.mastrovecchio@aslchieti.it



SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO AL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI E RESIDENZIALI

DATI ANAGRAFICI UTENTE

Cognome		Nome	
Luogo e 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"/> celibe/nubile	
<input type="checkbox"/> femmina		<input type="checkbox"/> coniugato/a o convivente	
stato civile: <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.
<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)	
Diagnosi principale:			
1ª diagnosi concomitante:			
2ª diagnosi concomitante:			
3ª diagnosi concomitante:			

72000 11000 7012

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 dall'evento acuto

Ricovero in medicina riabilitativa (cod. 56):

SI NO

Prestazioni ex art. 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 APT ALTRO _____

Continenza urinaria: SI NO

pannoloni

catetere vescicale, tipo _____

altro _____

Continenza fecale:

SI

NO

Continenza urinaria: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> pannoloni
		<input type="checkbox"/> catetere vescicale, tipo _____
		<input type="checkbox"/> altro _____
Continenza fecale: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Portatore di stomia: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI modello e misura _____		
Evacuazione spontanea: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO specificare le modalità _____		
Accesso venoso centrale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI tipo e gestione _____		
Allergie e intolleranze:		
Lesioni da decubito: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI sede e grado _____		

Data _____

Timbro e firma Medico _____

Telefono e/o fax _____

Firma dell'interessato
(o familiare di riferimento) _____