

REGIONE ABRUZZO

Al PUA del Distretto Sanitario di _____

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

DATI ANAGRAFICI DELL'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"/> 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"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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°	2° rec.
FAMILIARE DI RIFERIMENTO (o care giver):	COGNOME: _____ NOME: _____
Recapiti telefonici: 1°	2° rec.
indirizzo di posta elettronica:	
MMG o PLS del Paziente: Dott.	
Recapiti telefonici: 1°	2° rec.
Diagnosi principale:	
1° diagnosi concomitante	
2° diagnosi concomitante	
Richiesta ammissione formulata il ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Per accesso a medicina riabilitativa (cod. 56) nei casi previsti dal PSR <input type="checkbox"/> Per prestazioni riabilitazione ex art. 26 L.n.833/1978 in regime <input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Semiresidenziale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Extramurale <input type="checkbox"/> Per accesso RSA/RP	

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE	
COGNOME	NOME
Data dell'evento acuto ____/____/____ Altro _____	
Percorso riabilitativo dall'evento acuto:	
Ricovero in medicina riabilitativa <input type="checkbox"/>	
Prestazioni ex articolo 26 in regime: <input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/> Semiresidenziale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Ambulatoriale	
Disabilità da trattare _____	
Elevato indice di comorbidità: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Stato di coscienza: <input type="checkbox"/> ORIENTATO <input type="checkbox"/> DISORIENTATO <input type="checkbox"/> COMA	
Respirazione: <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> OSSIGENO <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA	
Paziente Collaborante: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Deambulazione: <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> CON AUSILI _____ <input type="checkbox"/> NO	
Alimentazione: <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> SONDINO NASO-GASTRICO <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> APT <input type="checkbox"/> ALTRO _____	
Continenza urinaria: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> pannoloni <input type="checkbox"/> catetere vescicale, tipo _____ data ultimo posizionamento ____/____/____ <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 del Medico _____

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