

REGIONE ABRUZZO
 Al PUA del Distretto Sanitario di L'Aquila
 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 <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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Residenza: Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____	
Domicilio: Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____ <i>Compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza</i>	
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	
<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 gg/mm/aaaa _____	
Percorso riabilitativo dall'evento acuto:	
Ricovero in medicina riabilitativa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Prestazioni ex art. 26 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
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"/> VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA <input type="checkbox"/> OSSIGENO	
Paziente collaborante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Deambulazione autonoma <input type="checkbox"/> SI <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 <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	
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 _____

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

REGIONE ABRUZZO
 Al PUA del Distretto Sanitario di Base di L'Aquila
 SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO AL SISTEMA DELLE CURE RIABILITATIVE, RESIDENZIALI
 E SEMIRESIDENZIALI (RSA/RP)
 DIMISSIONE PROTETTA

DATI ANAGRAFICI UTENTE	
COGNOME _____	NOME _____
Luogo e data di nascita _____ gg/mm/aaaa	
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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Residenza: Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____	
Domicilio: Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____ <i>Compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza</i>	
ASL di residenza: _____	
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. _____	
Motivo del ricovero: _____	
Data presunta dimissione _____	
Diagnosi principale dimissione _____	
1^ diagnosi concomitante _____	
2^ diagnosi concomitante _____	
Richiesta di ammissione formulata il _____ gg/mm/aaaa	
<input type="checkbox"/> per accesso a medicina riabilitativa (cod. 56) nei casi previsti dal PSR (LR n. 5/2008)	
<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 gg/mm/aaaa	
Percorso riabilitativo dall'evento acuto:	
Ricovero in medicina riabilitativa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Prestazioni ex art. 26	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
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"/> VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA <input type="checkbox"/> OSSIGENO	
Paziente collaborante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Deambulazione autonoma <input type="checkbox"/> SI <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 <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	
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 del Reparto _____

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