

U.O. CURE DOMICILIARI

Cognome _____ Nome _____ Et  _____ Sesso _____

DATI DI INTERESSE SOCIO – SANITARIO

STATO CIVILE CONIUGATO / A VEDOVO / A CELIBE / NUBILE SEPARATO / A

CONVIVENZA SOLO CON IL CONIUGE CON I FIGLI CON ALTRI

DISTURBI COGNITIVI LIEVI O ASSENTI MODERATI GRAVI

DIST. COMPORTAMENTALI LIEVI O ASSENTI MODERATI GRAVI

AUTONOMIA AUTONOMO PARZIALMENTE DIPENDENTE TOTALMENTE DIPENDENTE

GRADO DI MOBILITA' SI SPOSTA DA SOLO O CON AUSILI SI SPOSTA ASSISTITO NON SI SPOSTA – ALLETTATO

AUTOSUFFICIENZA : MANGIARE SI NO VESTIRSI SI NO IGIENE PERSONALE SI NO CONTINENZA SI NO

ISTRUZIONE ANALFABETA LIC. ELEMENTARE LIC. MEDIA DIPLOMA SUP. / LAUREA

ULTIMA PROFESSIONE DIPENDENTE DIRIGENTE AUTONOMO ARTIGIANO PROFESSIONISTA CASALINGA ALTRO

PENSIONE TIPO _____ ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO SI NO

Anamnesi patologica recente _____

Diagnosi _____
Diagnosi Concomitante _____

| | | |
|--|--|---|
| <p>Paziente   portatore di :</p> <p>Catetere Vescicale <input type="checkbox"/></p> <p>Tracheotomia <input type="checkbox"/></p> <p>C. V.C. - Picc – Meline - Port <input type="checkbox"/></p> <p>Uro - Enterostomia <input type="checkbox"/></p> <p>S.N.G. - Peg <input type="checkbox"/></p> <p>Ossigeno Terapia <input type="checkbox"/></p> <p>Altro _____</p> | <p>Trattamento farmacologico in atto:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Numero Conviventi Nucleo Familiare <input type="checkbox"/></p> <p>Assistente non familiare Convivente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Valutazione Supporto Sociale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Numero di Ricoveri ultimi 12 mesi <input type="checkbox"/></p> |
|--|--|---|

E' IN TRATTAMENTO DOMICILIARE CON ALTRA STRUTTURA CONVENZIONATA? SI NO

E' IN TRATTAMENTO DOMICILIARE INTEGRATO - COMUNE ? SI NO

UTILIZZA O SONO STATI PRESCRITTI AUSILI E/O PROTESICI ? SI NO

Quali ? Pannoloni Traverse Cateteri Vescicale Materasso Antidecubito Letto articolato Carrozzina Deambulatore Altro

