

SCHEMA CLINICO CONOSCITIVA DI PRE-ACCETTAZIONE

(da compilare a cura del medico proponente il ricovero)

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ sesso M F

Indirizzo _____

DIAGNOSI CLINICA: _____

Inizio della malattia: _____

Patologie associate: _____

Terapie in corso: _____

Riabilitazione in corso: SI NO FKT SI NO

ALTRO
SPECIFICARE _____

CONDIZIONI GENERALI:

Deficit sensoriali (cecità sordità....) _____

Condizioni cardiorespiratorie _____

Piaghe da decubito _____

Condizioni psichiche:

Stato cognitivo (memoria, orientamento) integro alterato

Stato psicoemotivo (ansia, depressione) integro alterato

Pregressi tentativi di suicidio SI NO

Patologie psichiatriche SI NO

Specificare: _____

Potus SI NO

Uso di stupefacenti SI NO

Malattie infettive SI NO

Specificare: _____

Il medico proponente: _____

Indirizzo: _____ Tel. _____

QUESTIONARIO SOCIALE
(da compilare a cura di un familiare)

PAZIENTE: _____
(Cognome) (Nome)

nato/a il _____ a _____ Prov. ()
(data di nascita) (Comune di nascita)

stato civile: _____ Residenza: _____ Prov. ()
(coniugato, celibe, nubile ecc.) (Comune di residenza)

Domicilio attuale: _____ Prov. ()
(via e numero civico.) (Comune)

Professione: _____

NUCLEO FAMILIARE

CONIUGE: _____
(Cognome) (Nome)

Via _____ N. _____ Città _____ tel. _____

Figli:

1) _____
(Cognome, Nome, via, n., città, tel.)

2) _____
(Cognome, Nome, via, n., città, tel.)

3) _____
(Cognome, Nome, via, n., città, tel.)

4) _____
(Cognome, Nome, via, n., città, tel.)

FAMILIARE DI RIFERIMENTO: _____
(Cognome) (Nome)

Via _____ N. _____ Città _____ tel. _____

Il familiare di riferimento si impegna, fin d'ora, ad accettare le decisioni del Direttore del Reparto in merito a tempi e modalità di dimissione del paziente.

Data _____ firma _____