

Cognome e nome .....

Luogo di nascita .....(.....) Data di nascita.....

Sesso  M  F Stato civile ..... Cittadinanza .....

Residente in via .....Città .....(.....)

Domicilio in via .....Città .....(.....)

Cellulare .....

ASL di residenza .....

Codice SSN .....Esenzioni .....

Situazione pensionistica  anzianità  sociale  invalidità civile  infortunio sul lavoro

altro .....

Accompagnamento:  si  no  in corso

Legge 104/92  si  no  in corso

### Eventuale:

tutore

amministratore di sostegno

.....  
cognome e nome

.....  
Telefono

.....  
città/provincia

(.....)

.....  
via e n° civico

.....  
atto n°

del

.....  
tribunale di

### Persona di riferimento

.....  
cognome e nome

.....  
Telefono

.....  
E-mail o fax

.....  
cellulare

.....  
città/provincia

(.....)

.....  
via e n° civico

.....  
grado di parentela

### Situazione familiare:

Genitori in vita n° .....

Età padre .....

Età madre .....

Fratelli/sorelle conviventi n° .....

Famigliari conviventi n° .....

Attività prima del ricovero:  nulla/pensionato  lavoratore  studente

Scolarizzazione:

concluso obbligo  non concluso obbligo  formazione professionale  scuola superiore

scuola universitaria  Laurea  non nota

Anno conclusione

Titolo conseguito

Servizio/attività lavorativa

nessuna  CSE  SFA  Tirocinio Lavoro  lavoro

ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:

al proprio domicilio  in ospedale (indicare quale) .....

presso i famigliari  in struttura protetta (indicare quale).....

MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:

stato di salute  condizioni abitative .....

richiesta dei famigliari  trasferimento da altra unità di offerta.....

LA RICHIESTA E' PER UN RICOVERO:

definitivo  temporaneo (indicare quanto) .....

SERVIZI TERRITORIALI DI CUI HA USUFRUITO:

centro psicosociale  CSE  CDD  assistenza domiciliare

UTILIZZO DI AUSILI e/o PRESIDI:

carrozzina  materasso antidecubito  sollevatore  pannoloni

altro .....

data ultima autorizzazione prescrizione (solo per ausili) .....

ANAMNESI EDUCATIVA

1) Alimentazione

- autonoma
- necessita di assistenza parziale (es. x tagliare il cibo)
- è completamente dipendente
- alimentazione speciale (es. frullati)

Note: .....

2) Abbigliamento

- sa vestirsi
- sa svestirsi
- ha bisogno di aiuto
- sa indossare le calzature
- sa togliersi le calzature
- ha bisogno di aiuto

Note: .....

3) Aspetti cognitivo-comportamentali

- intraprende compiti semplici     senza nessuna difficoltà     con difficoltà media     con difficoltà totale
- intraprende compiti articolati     senza nessuna difficoltà     con difficoltà media     con difficoltà totale
- comunicazione verbale     senza nessuna difficoltà     con difficoltà media     con difficoltà totale
- comunicazione non-verbale     senza nessuna difficoltà     con difficoltà media     con difficoltà totale

- ha comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo?

- mai     eccezionalmente     frequentemente

Note: .....

4) Analisi obiettiva

Altre note sul linguaggio .....

Cura del proprio spazio e degli effetti personali .....

Comportamento sessuale .....

Consumo e uso di sostanze: caffè, alcool sigarette, altro .....

Comportamenti problematici (stereotipie, autolesionismo, altro).....  
.....  
.....

Aspetti relazionali (comunicazione e relazioni interpersonali con familiari e altri).....  
.....  
.....

Abilità cognitive: orientamento spazio-temporale, memoria, attenzione .....  
.....  
.....

Abilità integranti: mezzi pubblici, denaro .....  
.....  
.....

Hobbies ed interessi .....  
.....  
.....

Interventi educativi e/o riabilitativi in atto .....  
.....  
.....

ANAMNESI MEDICO-SANITARIA

Evento indice ..... Data evento indice .....

Diagnosi principale .....	Codice ICD	
Atra diagnosi .....	Codice ICD	
Altra diagnosi .....	Codice ICD	
Altra diagnosi .....	Codice ICD	
Altra diagnosi .....	Codice ICD	
Altra diagnosi .....	Codice ICD	

1) Deambulazione

- autonomo
- necessita di ausili (es.bastone)
- necessita dell'assistenza di una persona
- necessita di carrozzina
- immobile
- altro .....

2) Orientamento

- si sposta da solo
- deve essere accompagnato

3) Trasferimenti

- sa trasferirsi da seduto
- sa trasferirsi da sdraiato
- ha bisogno di aiuto

4) Igiene personale

- sa lavare le parti del corpo
- sa lavare tutto il corpo
- ha bisogno di aiuto
- si lava la faccia, si pettina, si lava i denti e si rade
- ha bisogno di aiuto
- sa asciugarsi
- ha bisogno di aiuto

5) Respirazione

- autonoma
- necessita di assistenza

6) Diuresi

- autonoma
- necessita di assistenza
- continente
- saltuariamente incontinente
- incontinente

Se incontinente specificare ausili:.....

7) Alvo

- regolare
- stitico
- diarroico
- irregolare
- continente
- incontinente
- saltuariamente incontinente
- evacua naturalmente
- evacua assistito

Note: .....



Apparato genito-urinario .....

Apparato emopoietico e linfonodale .....

Organi di senso (vista, udito) .....

Apparato muscolo-scheletrico e articolare .....

Alterazioni di interesse podologico .....

Cute e mucose .....

Di quali malattie ha sofferto .....

Malattie gravi subite dai genitori e/o fratelli.....

Stato di coscienza .....

Comportamento .....

Linguaggio .....

Livello di attenzione .....

Postura .....

Andatura .....

Movimenti involontari .....

.....

.....

Allergie .....

.....

.....

Ultimi esami ematici e strumentali .....

.....

.....

12) Ricoveri Ospedalieri

Ospedale	Data ricovero	Data dimissione

13) **Terapia in atto:**

MATTINO	MEZZOGIORNO	SERA	AL BISOGNO

**Comunicazioni del medico curante:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Compilazione:

Data .....Firma.....

Data .....Firma.....

Data .....Firma.....