

Cognome e Nome .....

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

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

Residente in Via ..... Città ..... (.....)

Domiciliato 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

1

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° ..... Familiari 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

2

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

Altra diagnosi .....

Codice ICD

Altra diagnosi .....

Codice ICD

Altra diagnosi .....

Codice ICD

Altra diagnosi .....

Codice ICD

Altra diagnosi .....

Codice ICD

5

**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**

- |  |   |  |                                     |
|--|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> regolare            | <input type="checkbox"/> stitico          | <input type="checkbox"/> diarroico                   | <input type="checkbox"/> irregolare |
| <input type="checkbox"/> continente          | <input type="checkbox"/> incontinente     | <input type="checkbox"/> saltuariamente incontinente |                                     |
| <input type="checkbox"/> evacua naturalmente | <input type="checkbox"/> evacua assistito |  |                                     |

Note: .....

**8) Piaghe da decubito**

- ☐
- SI
- ☐
- NO
- ☐
- condizione a rischio

6

**9) Problemi di interesse psicopatologico:**

- Convulsioni .....
- Ansie .....
- Fobie .....
- Disturbi dell'alimentazione .....
- Iperattività motoria .....
- Comportamenti antisociali .....
- Tratti autistici .....
- Altro .....

**10) Sonno**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> regolare         | <input type="checkbox"/> difficoltà all'addormentamento | <input type="checkbox"/> risvegli frequenti |
| <input type="checkbox"/> risvegli precoci | <input type="checkbox"/> inversione ritmo sonno/veglia  | <input type="checkbox"/> sonnolenza diurna  |

Note: .....

**11) Esame obiettivo**
 Capo e collo .....  
 .....  
 .....

 Torace .....  
 .....  
 .....

Cuore e vasi .....

.....

.....

Addome e apparato gastro-intestinale .....

.....

.....

Sistema endocrino-metabolico .....

.....

.....

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) Dati SARS-CoV-2

Vaccinazione ☐ SI ☐ 1a dose ☐ 2a dose Tipo .....

☐ NO

E' stato contratto il virus ☐ SI Periodo .....

☐ NO

## 13) Ricoveri Ospedalieri

Ospedale	Data ricovero	Data dimissione

14) **Terapia in atto**

MATTINO	MEZZOGIORNO	SERA	AL BISOGNO

Comunicazioni del medico curante:

.....

.....

.....

.....

Compilazione:

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