

Cognome _____ Nome _____ Data di Nascita _____

DATI DI INTERESSE SOCIO - SANITARIO

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

CONVIVENZA SOLO / A 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

NUMERO CONVIVENTI NUCLEO FAMILIARE ASSISTENTE NON FAMILIARE CONVIVENTE SI NO SUPPORTO SOCIALE SI Parz. NO

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

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

PENSIONE TIPO _____ ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO SI NO

Anamnesi patologica recente _____

Diagnosi _____
Diagnosi Concomitante _____

Paziente è portatore di :	Trattamento farmacologico in atto:
Catetere Vescicale <input type="checkbox"/> Tracheotomia <input type="checkbox"/>	_____
C. V.C. - Picc - Meline - Port <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/>	_____
S.N.G. - Peg <input type="checkbox"/> Enterostomia <input type="checkbox"/>	_____
Ossigeno Terapia <input type="checkbox"/> Altro _____	_____
	Numero Accessi Domiciliari MMG <input type="text"/>

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

