

**SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO ALLE
CURE INTERMEDIE, RIABILITATIVE, RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI (RSA/RP)**
da compilarsi a cura del MMG/PLS - PUA - professionista sanitario territoriale

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome: _____				Nome: _____																					
Luogo di nascita: _____				Data di nascita: __/__/__																					
Nazionalità : ☐ Italiana ☐ Unione Europea ☐ Extracomunitaria																									
Invalidità civile ☐ Sì ☐ No ☐ Legge 104/1992 (allegare documentazione)																									
Titolo di studio: ☐ Non dichiarato ☐ _____																									
Sesso ☐ maschio ☐ femmina		STATO CIVILE		☐ celibe/nubile ☐ separato/a o divorziato/a ☐ vedovo/a		☐ coniugato/a o convivente ☐ libero/a ☐ non dichiarato																			
Situazione familiare																									
☐ fragilità familiare: ☐ presente ☐ assente ☐ famiglia incapace o non collaborante ☐ famiglia collaborante e in grado di fornire assistenza ☐ senza famiglia ☐ famiglia che necessita di aiuto per la cura del paziente ☐ tutore / ADS																									
Codice Fiscale																									
<table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																									
Residenza: _____				Via _____		n° _____																			
Residenza: _____				Via _____		n° _____																			
Nome sul Campanello																									
Recapiti telefonici: 1) _____				2) _____																					

MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Cognome: _____				Nome: _____			
Recapiti telefonici: 1) _____				2) _____			
Email: _____							
DIAGNOSI PRINCIPALE:							
1ª Diagnosi concomitante: _____							
2ª Diagnosi concomitante: _____							
RICHIESTA di AMMISSIONE - formulata il ____/____/____ per:							
☐ Accesso in RSA ☐ Accesso in RP ☐ Medicina Riabilitativa (Cod 56) ☐ Riabilitazione Ex Art. 26 - in regime: ☐ Ambulatoriale ☐ Residenziale ☐ Domiciliare ☐ Semiresidenziale ☐ Extramurale							

CONDIZIONE FAMILIARE DEL PAZIENTE:

Il paziente vive: ☐ solo ☐ con il coniuge ☐ con i figli ☐ altri _____
 Numero totale dei figli del paziente: _____ Numero di conviventi (escluso il paziente): _____
 Badante: ☐ no ☐ sì (.....)

CARE GIVER DI RIFERIMENTO

Cognome: _____ Nome: _____
 Grado di parentela o relazione: _____
 Recapiti telefonici: 1) _____ 2) _____
 Email: _____

AREA BISOGNI DEL PAZIENTE

☐ anziani	☐ immigrati	☐ patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva
☐ detenuti	☐ malati oncologici	☐ soggetti affetti da disagio mentale
☐ dipendenze e patologie correlate	☐ malati terminali:	☐ sieropositivi e affetti da aids
☐ disabili fisici	☐ oncologici	necessità di isolamento ☐ No ☐ Si
☐ disabili psichici	☐ non oncologici	infezioni in atto ☐ No ☐ Si
☐ disturbi sensoriali		specificare _____

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

Stato di coscienza: ☐ lucido ☐ confuso ☐ molto confuso ☐ stato soporoso/coma				
Ritmo sonno/veglia ☐ normale ☐ alterato				
Problemi comportamentali: ☐ assenti/lieve ☐ moderati ☐ gravi				
Stato cognitivo: ☐ normale ☐ disturbo cognitivo moderato ☐ disturbo cognitivo grave ☐ disturbo comportamentale (BPSD) ☐ condizione di salute psichiatrica				
Respirazione: ☐ normale ☐ tosse e secrezioni ☐ ossigenoterapia ☐ ventiloterapia ☐ tracheostomia				
Necessità assistenza sanitaria: ☐ bassa ☐ intermedia ☐ elevata				
Alimentazione: ☐ autonoma ☐ sondino naso gastrico ☐ PEG ☐ NPT ☐ nutrizione enterale ☐ altro				
Stato nutrizionale: ☐ normale ☐ dimagrimento ☐ disidratazione ☐ nutrizione\disfagia				
Continenza Urinaria: ☐ SI ☐ NO ☐ pannoloni ☐ catetere vescicale data ultimo posizionamento ____/____/____ tipo ____				
Continenza fecale: ☐ SI ☐ NO ☐ normale ☐ vomito ☐ sanguinamento gastrointestinale ☐ stipsi ☐ diarrea				
Portatore di stomia: ☐ NO ☐ SI modello e misura: _____				
Portatore di MDRO ☐ NO ☐ SI Tipologia: ☐ KPC/CPE ☐ MRSA ☐ Altro _____				
Accesso Venoso Centrale/Periferico ☐ NO ☐ SI tipo e gestione: _____				
Allergie ed intolleranze: ☐ NO ☐ SI descrizione: _____				
Lesioni da decubito: ☐ NO ☐ SI sede e grado: _____				
Ausili/Protesi: ☐ NO ☐ SI specificare: _____				
Data dell'evento acuto ____/____/____ ☐ Trattasi di infortunio sul lavoro – INAIL				
Percorso riabilitativo dall'evento acuto:				
☐ MEDICINA RIABILITATIVA (Cod. 56) ☐ R.S.A. ☐ R.P.				
☐ PRESTAZIONI EX ART. 26 - in regime: ☐ Residenziale ☐ Semiresidenziale ☐ Domiciliare ☐ Ambulatoriale				
Autonomia nelle attività di vita quotidiana	fare il bagno	☐ SI	☐ PARZIALE	☐ NO
	vestirsi	☐ SI	☐ PARZIALE	☐ NO
	igiene personale	☐ SI	☐ PARZIALE	☐ NO
	spostamenti	☐ SI	☐ PARZIALE	☐ NO
	alimentazione	☐ SI	☐ PARZIALE	☐ NO

PROPOSTA ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

☐ n. _____ volte a settimana ☐ ogni _____ giorni ☐ n. _____ volte al mese

PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO INFERMIERISTICO

☐ n. _____ volte al giorno ☐ ogni _____ giorni ☐ n. _____ volte al mese

Tempistica media _____ minuti

PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DEL FISIOTERAPISTA

☐ n. _____ volte al giorno ☐ ogni _____ giorni ☐ n. _____ volte al mese

Tempistica media	☐ minuti
PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO o DELLO PSICOLOGO	
☐ n. _____ volte al giorno	☐ ogni _____ giorni
☐ n. _____ volte al mese	
Tempistica media	☐ minuti

INTERVENTI RICHIESTI PER IL PAZIENTE: Cognome _____ Nome: _____
--

Terapia farmacologia (specificare posologia e durata):		
Farmaco	Posologia	Durata

Prestazioni infermieristiche:		
☐ Addestramento famiglia/care giver		
☐ Prelievo ematico	☐ venoso	☐ arterioso
☐ Medicazioni	☐ semplici	☐ complesse
☐ Fasciature e/o Bendaggi		
☐ Iniezioni ipodermiche/intramuscolo/ev.		
☐ Reperimento accesso venoso periferico		
☐ Terapia infusioneale	☐ Nutrizione parenterale totale	
☐ Gestione pompa antalgica	☐ Nutrizione enterale	
☐ Gestione catetere venoso centrale		
☐ Gestione catetere vescicale	☐ Clistere evacuativo	
☐ Gestione cannula tracheale	☐ Gestione placca entero-Urostomica- PEG	
☐ Altro		

Prestazioni riabilitative (specificare tipologia, frequenza e durata):		
Tipo prestazione	Frequenza	Durata

Prestazioni specialistiche:

IL COMPILATORE

Provenienza del paziente al momento della richiesta:	☐ Domicilio	☐ Casa di Comunità
--	------------------------------------	---

Tipo di compilatore:		
☐ MMG / PLS	☐ UCA (Unità di Continuità Assistenziale)	☐ Specialista Ambulatoriale
☐ Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)	☐ PUA	☐ Altro (indicare) _____
Cognome e Nome del compilatore		
Distretto / Casa della Comunità/ Servizio		ASL
Recapito tel.		e-mail

Firma e timbro del Medico _____

Firma anche per presa visione
dell'informativa estesa del paziente
(o del familiare di riferimento)
