

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: ☐ sì ☐ no ☐ in corsoLegge 104/92 ☐ sì ☐ 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

Altra 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 accompagnato3) Trasferimenti☐ sa trasferirsi da seduto☐ sa trasferirsi da sdraiato☐ ha bisogno di aiuto4) 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 aiuto5) Respirazione☐ autonoma☐ necessita di assistenza6) 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: .....

8) Piaghe da decubito

☐ sì                      ☐ no                      ☐ condizione a rischio

9) Problemi di interesse psicopatologico:

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

10) Sonno:

☐ regolare                      ☐ difficoltà all'addormentamento                      ☐ risvegli frequenti  
☐ risvegli precoci                      ☐ inversione ritmo sonno/veglia                      ☐ 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) 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.....