

## SCHEDA ANAMNESTICA ASSISTENZA DOMICILIARE

DATI ANAGRAFICI UTENTE	
Cognome _____	Nome _____
Luogo di nascita: _____ Data di nascita _____/_____/_____	
Nazionalità: <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Unione Europea <input type="checkbox"/> Extracomunitaria	
Sesso: <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina	<input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a o convivente stato civile: <input type="checkbox"/> separato/a o divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> non dichiarato
Invalidità civile <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Legge 104/92 (allegare documentazione)	
Codice fiscale _____	
Residenza _____	via _____ n. _____
compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza	
Domicilio _____	via _____ n. _____
Nome sul campanello: _____	
Recapiti telefonici 1) _____ 2) _____	
CONDIZIONE FAMILIARE DEL PAZIENTE	
Il paziente vive: <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> con il coniuge <input type="checkbox"/> con i figli <input type="checkbox"/> altri _____	
Numero di conviventi (escluso il paziente) _____	Badante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Situazione familiare: <input type="checkbox"/> famiglia collaborante in grado di fornire assistenza <input type="checkbox"/> famiglia che necessita di aiuto per la cura dell'utente <input type="checkbox"/> famiglia incapace o non collaborante <input type="checkbox"/> senza famiglia	
FAMILIARE DI RIFERIMENTO	
Cognome _____	Nome _____
RECAPITO TELEFONICO _____	

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE
Stato di coscienza: <input type="checkbox"/> ORIENTATO <input type="checkbox"/> DISORIENTATO <input type="checkbox"/> COMA

<b>Respirazione:</b> <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA <input type="checkbox"/> OSSIGENO		
<b>Paziente collaborante:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Deambulazione autonoma:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Alimentazione:</b> <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> SONDINO NASO-GASTRICO <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> APT <input type="checkbox"/> ALTRO _____		
<b>Continenza urinaria:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> pannoloni <input type="checkbox"/> catetere vescicale, tipo _____ <input type="checkbox"/> altro _____	
<b>Continenza fecale:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Portatore di stomia:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   modello e misura _____		
<b>Accesso venoso centrale:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI tipo e gestione _____		
<b>Allergie e intolleranze:</b> _____ _____		
<b>Lesioni da decubito:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI sede e grado _____		
<b>Ausili/Protesi:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> specificare _____		
<b>Terapia farmacologica:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Specificare _____		
<b>PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO INFERMIERISTICO /OSS</b>		
<input type="checkbox"/> n. _____ volte al giorno	<input type="checkbox"/> ogni _____ giorni	<input type="checkbox"/> n. _____ volte a settimana
Tempistica media	<input type="checkbox"/> min. _____	

Data |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|