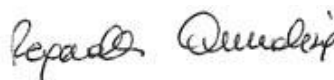
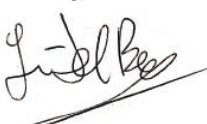


MOD/AGQ/040 Modulo per la valutazione della presa in carico	MODULO PER LA VALUTAZIONE DELLA PRESA IN CARICO	Verifica Data 15/09/2010 Firma 
15/09/2010 Rev. 1		Approvazione Data 15/09/2010 Firma 
Pagina 1/5		

DATI ANAGRAFICI

NOME _____ COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____ TESSERA SANITARIA _____

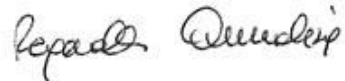

PROVENIENZA DOMICILIO
 STRUTTURA SANITARIA, QUALE? _____

PATOLOGIE IN ATTO

CENNI ANAMNESTICI

TERAPIE IN ATTO

PORTATORE DI:	DATA DAL
<input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA	_____
<input type="checkbox"/> PEG SOSTITUZIONE SONDA IL	_____
<input type="checkbox"/> CVC ULTIMA MEDICAZIONE	_____
<input type="checkbox"/> PACE-MAKER ULTIMO CONTROLLO	_____
<input type="checkbox"/> DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE	_____
<input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE A PERMANENZA	_____
<input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA ORE E FLUSSO/DIE	_____

MOD/AGQ/040 Modulo per la valutazione della presa in carico	MODULO PER LA VALUTAZIONE DELLA PRESA IN CARICO	Verifica Data 15/09/2010 Firma 
15/09/2010 Rev. 1		Approvazione Data 15/09/2010 Firma 
Pagina 2/5		

PORTATORE DI:

- VENTILAZIONE FORZATA _____
- ALTRO _____

ACCUDISCE AUTONOMAMENTE ALL'IGIENE PERSONALE?

TOTALMENTE
AUTONOMO

TOTALEMTE
DIPENDENTE

NELLA DEAMBULAZIONE:

- TOTALMENTE AUTONOMO
- NECESSITA DI AUSILI
- BASTONE
- DEAMBULATORE
- ALTRO _____
- NECESSITA DI ACCOMPAGNAMENTO
- SEMPRE
- PER SPOSTAMENTI LUNGHI
- A VOLTE, QUANDO?
-
- MAI
- ALLETTATO

SI RITIENE SIA IN GRADO DI VIVERE IN COMUNITA'?

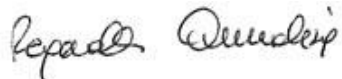

- SI
- NO

PUO' ESSERE PERICOLOSO PER SE E/O GLI ALTRI?

- SI
- NO

**E' AFFETTO DA PATOLOGIA INFETTIVA?
(HIV, HCV, TBC)**

- SI QUALE? _____
- NO

MOD/AGQ/040 Modulo per la valutazione della presa in carico	MODULO PER LA VALUTAZIONE DELLA PRESA IN CARICO	Verifica Data 15/09/2010 Firma 
15/09/2010 Rev. 1		Approvazione Data 15/09/2010 Firma 
Pagina 3/5		

PRESENTA UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

CARATTERE ANSIOSO	NO	SI	LIEVE	MODERATA	AVANZATA
DEPRESSIONE	NO	SI	LIEVE	MODERATA	AVANZATA
DEMENTIA DI QUALSIASI ORIGINE	NO	SI	LIEVE	MODERATA	AVANZATA

LA GESTIONE SFINTERIA RISULTA:

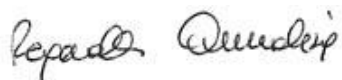
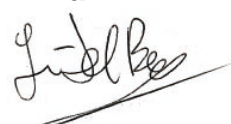
- TOTALMENTE CONTINENTE ED AUTONOMO
- INCONTINENZA URINARIA
- INCONTINENZA FECALE
- INCONTINENZA DOPPIA
- CONTINENTE MA NECESSITA DI AIUTO

ESIGENZE DIETETICHE PARTICOLARI:

- NO
- SI PER
 - DIABETE
 - DIVERTICOLOSI
 - DISLIPIDEMIA
 - ALLERGIA/INTOLLERANZA
 - ALTRO _____

PRESENTA ALLERGIE NOTE A:

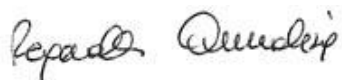
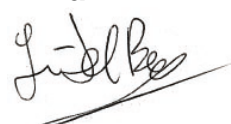
- FARMACI QUALI _____

MOD/AGQ/040 Modulo per la valutazione della presa in carico	MODULO PER LA VALUTAZIONE DELLA PRESA IN CARICO	Verifica Data 15/09/2010 Firma 
15/09/2010 Rev. 1		Approvazione Data 15/09/2010 Firma 
Pagina 4/5		

- ALLERGIE AMBIENTALI QUALI _____
- ALLERGIE ALIMENTARI QUALI _____
- ALTRO _____

SOLO PER RICHIESTE DI UN POSTO DI CASA DI SOGGIORNO:

ATTIVITA' LAVORATIVA DEI COMPONENTI ADULTI DEL NUCLEO FAMILIARE	
1)	_____
2)	_____
3)	_____
4)	_____
5)	_____
6)	_____
CONDIZIONE ABITATIVA	
<input type="checkbox"/> centro abitativo	n° _____ vani
<input type="checkbox"/> frazione	piano _____
<input type="checkbox"/> casa isolata	ascensore <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Servizi igienici:	<input type="checkbox"/> interni con bagno e/o doccia <input type="checkbox"/> interni senza bagno e/o doccia <input type="checkbox"/> esterni
Riscaldamento:	<input type="checkbox"/> centrale <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> stufa a gas o cherosene <input type="checkbox"/> stufa a legna o carbone
Barriere architettoniche:	_____

MOD/AGQ/040 Modulo per la valutazione della presa in carico	MODULO PER LA VALUTAZIONE DELLA PRESA IN CARICO	Verifica Data 15/09/2010 Firma 
15/09/2010 Rev. 1		Approvazione Data 15/09/2010 Firma 
Pagina 5/5		

SOSTEGNO SOCIALE
<input type="checkbox"/> parzialmente non autosufficiente (non assistito) <input type="checkbox"/> parzialmente non autosufficiente (assistito) <input type="checkbox"/> autosufficiente

FIRMA DEL RICHIEDENTE

- MEDICO CURANTE _____
TELEFONO _____
- FAMILIARE _____
TELEFONO _____

LUOGO E DATA _____