



## Scheda primo contatto P.U.A.

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data della domanda \_\_\_\_\_

N° Cart. \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ M  F 

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Naz. \_\_\_\_\_

Residenza: Comune \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Domicilio: presso familiare  presso: struttura sociale  RSA  Struttura Sanitaria 

Cognome sul campanello \_\_\_\_\_ Identificativo struttura \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. .... Cell. ....

MMG .....

TITOLO DI STUDIO	STATO CIVILE	STATO GIURIDICO	BADANTE /CARE GIVER CONVIVENTE
ELEMENTARE	CELIBE-NUBILE	SOGGETTO DI DIRITTO	SI
MEDIA INF	CONIUGATO-A	AMM.DI SOSTEGNO	NO
MEDIA SUP.	SEPARATO-A	CURATORE	
LAUREA BREVE	DIVORZIATO-A	TUTORE	<b>COD.ESENZ.</b>
LAUREA MAGISTRALE	VEDOVO-A		
NON DICHIARATO			

n° componenti nucleo familiare(escluso il paziente) \_\_\_\_\_ N° di figli \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI MMG

DIAGNOSI PREVALENTE .....

DIAGNOSI CONCOMITANTI .....

<b>AUTONOMIA</b>	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> parz. dipendente	<input type="checkbox"/> dipendente
<b>MOBILITA'</b>	<input type="checkbox"/> si sposta da solo	<input type="checkbox"/> si sposta assistito	<input type="checkbox"/> non si sposta
<b>DISTURBI COGNITIVI</b>	<input type="checkbox"/> assenti/lievi	<input type="checkbox"/> moderati	<input type="checkbox"/> gravi
<b>DISTURBI COMPORTAMENTALI</b>	<input type="checkbox"/> assenti/lievi	<input type="checkbox"/> moderati	<input type="checkbox"/> gravi
<b>SUPPORTO SOCIALE</b>	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> parziale e/o temp.	<input type="checkbox"/> assente

**SCHEDA NSIS**

autonomia	totalmente dipendente	parzialmente dipendente	autonomo
gradi di mobilità	totalmente dipendente	parzialmente dipendente	autonomo
supporto sociale	presente	non presente	
rischio infettivo	si	no	
broncorespirazione/drenaggio posturale	si	no	
ossigeno terapia	si	no	
ventiloterapia	si	no	
tracheostomia	si	no	
gestione della stomia	si	no	
eliminazione urinaria intestinale	si	no	
alterazione ritmo sonno veglia	si	no	
intervento educativo terapeutico	si	no	
cura ulcere cutanee 1 e 2 grado	si	no	
cura ulcere cutanee 3 e 4 grado	si	no	
prelievi venosi non occasionali	si	no	
ECG	si	no	
telemetria	si	no	
terapia sottocut. Intramusc. Infusione	si	no	
gestione catetere	si	no	
trasfusioni	si	no	
controllo dolore	si	no	
assist. Stato terminale oncologico	si	no	
assist. Stato terminale non oncologico	si	no	
supervisione continua	si	no	
assistenza IADIL	si	no	
assistenza ADL	si	no	
supporto CARE GIVER	si	no	
<b>trattamenti riabilitativi</b>			
neurologico	si	no	
ortopedico	si	no	
di mantenimento	si	no	
<b>Disturbi</b>			
disturbi cognitivi	assenti/lievi	moderati	gravi
disturbi comportamentali	assenti/lievi	moderati	gravi
<b>alimentazione</b>			
assistita	si	no	
enterale	si	no	
parenterale	si	no	

Nominativo di chi presenta la domanda \_\_\_\_\_

Il sottoscritto ai sensi del D.leg.vo 196/2003 e per gli effetti degli art. 13 e 23 fornisce il proprio consenso al trattamento dei dati forniti. Grado di parentela \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

OPERATORE PUA.....