SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL VITERBO

REGIONE LAZIO

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		**COD.ESENZ.**
LAUREA MAGISTRALE		VEDOVO-A				
NON DICHIARATO						

n° componenti nucleo familiare(escluso il paziente)_____N° di figli_____

INFORMAZIONI MMG

DIAGNOSI PREVALENTE ……..

DIAGNOSI CONCOMITANTI…….....

AUTONOMIA	☐ autonomo	☐ parz. dipendente	☐ dipendente
MOBILITA'	☐ si sposta da solo	☐ si sposta assistito	☐ non si sposta
DISTURBI COGNITIVI	☐ assenti/lievi	☐ moderati	☐ gravi
DISTURBI COMPORTAMENTALI	☐ assenti/lievi	☐ moderati	☐ gravi
SUPPORTO SOCIALE	☐ presente	☐ parziale e/o temp.	☐ assente

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL VITERBO

REGIONE LAZIO

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 ritrmo 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 veneosi non occasionali	si	no	
ECG	si	no	
telemetria	si	no	
terapia sottocut. Intramusc. Infusionale	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	
trattamenti riabilitativi			
neurologico	si	no	
ortopedico	si	no	
di mantenimento	si	no	
Disturbi			
distrubi cognitivi	assenti/lievi	moderati	gravi
disturbi comportamentali	assenti/lievi	moderati	gravi
alimentazione			
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…….....