



Cognome e nome M F Data di nascita/Età

C.F. Residenza tel Provenienza

Modalità di accesso visita amb. divisionale trasferimento prescrizione MMG prescrizione specialista esterno

Data di prescrizione della richiesta Nome del medico prescrittore

Ultimo ricovero San Camillo Rientro previsto per

Diagnosi principale

Data d'insorgenza Diagnosi secondarie

Note cliniche particolari

Grado di autonomia:

trasferimenti	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	girarsi nel letto	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
igiene personale	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	vestirsi	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
alimentazione	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Sfinteri: continente <input type="checkbox"/>	incontinenza urinaria <input type="checkbox"/>	incontinenza fecale <input type="checkbox"/>
possessore di ausili	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>			

Se sì, quali

Ulteriori richieste assistenziali:

cannula tracheale	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	sondino n/g o p.e.g.	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
decubiti	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>			
necessità di sorveglianza	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	per		

Situazione socio-familiare:

lavoro vive con

altre persone disponibili per l'assistenza

Referente della famiglia per i contatti col medico responsabile del paziente

Cognome e Nome grado di parentela

Indirizzo tel

