

Richiesta di attivazione di percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale

Cognome _____		Nome _____		Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Luogo di nascita _____			Data di nascita _____		
Indirizzo (residenza) _____					
Indirizzo di domicilio (se diverso da quello di residenza) _____					
Codice Fiscale _____			Telefono _____		
Comune di residenza _____					Municipio __ __
					(Solo per Roma)
Persona di riferimento _____					
(specificare se familiare o altro)		Cognome	Nome	Recapito telefonico	

Diagnosi e descrizione problema principale _____

Altre condizioni cliniche

diabete cardiopatia insufficienza cardiaca malattie vascolari insufficienza respiratoria epatopatie non alcoliche

epatopatie alcoliche esiti frattura femore esiti altre patologie ortopediche malattie osteomuscolari neoplasie

esiti di ictus demenza altre malattie neurologiche disturbi sensoriali paralisi cerebrale infantile

malattia psichiatrica disabilità intellettiva disturbo generalizzato dello sviluppo

altro _____

Terapie in atto _____

CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI (dati di rilievo)	
Stabilità clinica	
<input type="checkbox"/> Stabile	<input type="checkbox"/> Moderatamente instabile <input type="checkbox"/> Instabile
Stato di coscienza	
Orientato	<input type="checkbox"/> nello spazio <input type="checkbox"/> nel tempo <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Stuporoso <input type="checkbox"/> Coma
Disturbi cognitivi	
<input type="checkbox"/> Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
Disturbi comportamentali	
<input type="checkbox"/> Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
Dolore	
0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10 (0=assenza di dolore; 10=massimo dolore immaginabile)	
Mobilità	
<input type="checkbox"/> Indipendente (anche con carrozzina)	<input type="checkbox"/> Cammina con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)

