

UNITA' SANITARIA LOCALE RM G
ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE

CARTELLA N. _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso m f
 Luogo e data di nascita _____
 Stato civile _____ Condizione lavorativa _____
 Indirizzo^{o)} _____ Telefono _____
 Codice fiscale _____ Altro telefono _____
 Codice regionale _____ Esenzione ticket _____

DISABILE ANZIANO
 CRONICO ACUTO

INVALIDO no sì

PARZIALE TEMPORANEO
 TOTALE PERMANENTE

GUERRA CAT. _____
 LAVORO
 SERVIZIO
 CIVILE
 RICONOSCIUTO IL _____

MEDICO CURANTE: DR. _____ TEL. _____

disponibilità oraria per visite domiciliari:

nei giorni _____ dalle ore _____ alle ore _____
 nei giorni _____ dalle ore _____ alle ore _____
 nei giorni _____ dalle ore _____ alle ore _____
 nei giorni _____ dalle ore _____ alle ore _____

DIAGNOSI _____
 PATOLOGIE CONCOMITANTI _____
 PRESTAZIONI RICHIESTE _____

CONSULENZE	RIABILITAZIONE	ASSISTENZA INFERMIERISTICA
<input type="checkbox"/> Geriatra <input type="checkbox"/> Cardiologo <input type="checkbox"/> Fisiatra <input type="checkbox"/> Angiologo <input type="checkbox"/> Neurologo <input type="checkbox"/> Psichiatra <input type="checkbox"/> Oncologo <input type="checkbox"/> Pneumologo <input type="checkbox"/> Urologo	<input type="checkbox"/> Fisiokinesiterapia <input type="checkbox"/> Terapia fisica <input type="checkbox"/> Logoterapia <input type="checkbox"/> Terapia occupaz.le <input type="checkbox"/> Ausili protesici	<input type="checkbox"/> Terapia iniettiva <input type="checkbox"/> Rilievi pressori <input type="checkbox"/> Prelievi <input type="checkbox"/> Assistenza fleboclisi <input type="checkbox"/> Insulinoterapia <input type="checkbox"/> Cambio catetere <input type="checkbox"/> Lavaggio vescicale <input type="checkbox"/> Medicazioni <input type="checkbox"/> Trattamento decubiti <input type="checkbox"/> Cure igieniche <input type="checkbox"/> Bagno <input type="checkbox"/> Clistere <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
<p style="text-align: center;">ESAMI STRUMENTALI</p> <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> ANALISI _____		

Le condizioni cardiocircolatorie del soggetto non controindicano gli interventi di fisiokinesiterapia.

DATA _____ FIRMA del MEDICO CURANTE _____

(1) Indicare la denominazione e l'indirizzo dell'istituzione se trattasi di ospite di strutture residenziali socio-assistenziali