

DISTRETTO A DISTRETTO B DISTRETTO C

CARTELLA MMG

ALL. I/b

Codice Fiscale

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

Cognome _____ Nome _____ M F

Data di nascita ___/___/___ Luogo _____

Residenza Comune _____ Via _____

Domicilio solo se diverso dalla residenza _____

Stato civile : coniugato/a celibe nubile separato/a vedovo/a

Stato giuridico: Amministratore di sostegno Tutela curatela Soggetto di diritto

Tel _____ Cell. _____

Livello di istruzione : elementare media inferiore media superiore laurea

N° di figli _____ badante SI NO par-time full-time

Diagnosi e descrizione del problema principale: _____

<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/> Malattie vascolari
<input type="checkbox"/> insuff.respiratoria	<input type="checkbox"/> epatopatie non alcoliche	<input type="checkbox"/> epatopatie alcoliche	<input type="checkbox"/> neoplasie
<input type="checkbox"/> esiti frattura femore	<input type="checkbox"/> esiti altre patologie Ortopediche	<input type="checkbox"/> malattie Osteo-muscolari	<input type="checkbox"/> esiti di ictus
<input type="checkbox"/> Demenza	<input type="checkbox"/> altre malattie neurologiche	<input type="checkbox"/> disturbi sensoriali	<input type="checkbox"/> paralisi cerebrale infantile
<input type="checkbox"/> malattia psichiatrica	<input type="checkbox"/> Disabilità intellettiva	<input type="checkbox"/> disturbo generale dello sviluppo	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 = dolore assente					10 = dolore massimo					
Mobilità	<input type="checkbox"/> indipendente (anche in carrozzina)			<input type="checkbox"/> cammina con aiuto			<input type="checkbox"/> totalmente dipendente				

Necessità assistenziali

<input type="checkbox"/> chemio/radioterapia	<input type="checkbox"/> bronco respirazione	<input type="checkbox"/> drenaggio posturale	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> NAD		
<input type="checkbox"/> ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> dialisi	<input type="checkbox"/> emotrasfusione periodica	<input type="checkbox"/> catetere sovrappubico			
<input type="checkbox"/> ventilazione meccanica assistita	<input type="checkbox"/> catetere vescicale <input type="checkbox"/> a permanenza <input type="checkbox"/> ad intermittenza					
<input type="checkbox"/> catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/> catetere peridurale	<input type="checkbox"/> tracheotomia	<input type="checkbox"/> ureteronefrosi			
<input type="checkbox"/> drenaggi	<input type="checkbox"/> ileostomia	<input type="checkbox"/> colostomia	<input type="checkbox"/> ulcere cutanee			
<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> Alimentazione <input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> necessita di assistenza per alimentarsi <input type="checkbox"/> rifiuta di alimentarsi					
<input type="checkbox"/> Supporto sociale : vive	<input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> coniuge	<input type="checkbox"/> figli	<input type="checkbox"/> genitori	<input type="checkbox"/> fratelli	<input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> Assistito da	<input type="checkbox"/> familiari		<input type="checkbox"/> altre persone		<input type="checkbox"/> Enti	
<input type="checkbox"/> Assistenza a rischio infettivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Paziente trasportabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Livello di assistenza necessaria	<input type="checkbox"/> bassa		<input type="checkbox"/> media		<input type="checkbox"/> alta	

Percorso assistenziale richiesto

<input type="checkbox"/> residenziale	<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> semiresidenziale	<input type="checkbox"/> altro	
<input type="checkbox"/> domiciliare	<input type="checkbox"/> ADP con frequenza _____/mese		<input type="checkbox"/> ADI integrato con Comune	<input type="checkbox"/> altro

Richiesta inviata da : MMG

Medico ospedaliero

Cognome _____ Nome _____

Recapito telefonico _____ e mail _____

Ospedale di _____ Unità Operativa _____

Recapito Tel. U.O. _____

Timbro e firma