

**CARTELLA MMG** | Revisione n° 2 del 16.05.2020 | Edizione n° 2 del 16.5.2020 | DCA 431/2013

DISTRETTO A | DISTRETTO B | DISTRETTO C

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.....

.....

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione del documento	Editore del documento
Modulistica PAI- richiesta percorsi	Interno Distretto B	Distretto B

**CARTELLA MMG** | Revisione n° 2 del 16.05.2020 | Edizione n° 2 del 16.5.2020 | DCA 431/2013

**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	
	<b>0 = dolore assente</b>						<b>10 = dolore massimo</b>					
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 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	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 \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione del documento	Editore del documento
Modulistica PAI-richiesta percorsi	Interno Distretto B	Distretto B