



**ATTIVAZIONE CURE DOMICILIARI
 RICHIESTA PER PRELIEVO DI CAMPIONI BIOLOGICI A DOMICILIO**

DISTRETTO EST OVEST

Cognome e Nome _____ Sesso: M F

Nato/a il I I I I I I I I I I I CF I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I

Telefono fisso _____ Cellulare _____

Stato civile: celibe/nubile coniugato/a separato/a divorziato/a vedovo/a non dichiarato/a
 convivente

Titolo studio: non scolarizzato licenza elementare media inferiore media superiore
 dip. universitario laurea scuola professionale altro sconosciuto

Nucleo familiare n. I I I *

* Escluso paziente e badante

Assistente NON familiare: presente con funzioni di caregiver
 presente senza funzioni di caregiver
 non presente

Patologia principale Codice ICPC I I I I _____

Patologie secondaria Codice ICPC I I I I _____

Note _____

SVAMA SEMPLIFICATA

| | | |
|------------------------------------|---|--------------------------------|
| Profilo Cognitivo | 1 | lucido |
| | 2 | confuso |
| | 3 | molto confuso o stuporoso |
| Profilo Mobilità | 1 | si sposta da solo |
| | 2 | si sposta assistito |
| | 3 | non si sposta |
| Profilo Funzionale | 1 | autonomo o quasi |
| | 2 | dipendente |
| | 3 | totalmente dipendente |
| Profilo Sanitario | 1 | bassa intensità |
| | 2 | media intensità |
| | 3 | alta intensità |
| Profilo Socio-assistenziale | 1 | ben assistito |
| | 2 | parzialmente assistito |
| | 3 | non sufficientemente assistito |
| Disturbi comportamentali | 1 | assenti/lievi |
| | 2 | moderati |
| | 3 | gravi |

Indicare con una x

DATA I I I I I I I I I I I

**TIMBRO E
 FIRMA DEL MEDICO**
