

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
CF 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
TIMBRO E
FIRMA DEL MEDICO
