



Richiesta di attivazione di percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.

Cognome _____	Nome _____	Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Luogo di nascita _____		data di nascita _____
Indirizzo (residenza) _____		
Indirizzo di domicilio (se diverso da quello di residenza) _____		
Codice Fiscale _____	Telefono _____	
Comune di residenza _____		
Persona di riferimento _____		(recapito telefonico) _____
(specificare se familiare o altro)		

<b>Diagnosi e descrizione problema principale</b>
_____
_____
_____

<b>Altre condizioni cliniche</b>
<input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> cardiopatia <input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca <input type="checkbox"/> insufficienza respiratoria <input type="checkbox"/> epatopatie non alcoliche
<input type="checkbox"/> epatopatie alcoliche <input type="checkbox"/> esiti frattura femore <input type="checkbox"/> esiti altre patologie ortopediche <input type="checkbox"/> malattie osteomuscolari
<input type="checkbox"/> neoplasie <input type="checkbox"/> esiti ictus <input type="checkbox"/> demenza <input type="checkbox"/> altre malattie neurologiche <input type="checkbox"/> paralisi cerebrale infantile
<input type="checkbox"/> malattia psichiatrica <input type="checkbox"/> disabilità intellettiva <input type="checkbox"/> disturbo generalizzato dello sviluppo

<b>Terapie in atto :</b>
_____
_____
_____

<b>CONDIZIONI CLINICHE (dati di rilievo)</b>	
<b>Stabilità clinica:</b>	<input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile <input type="checkbox"/> Instabile
<b>Stato di coscienza:</b>	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
<b>Disturbi cognitivi:</b>	<input type="checkbox"/> Assenti/Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
<b>Disturbi comportamentali:</b>	<input type="checkbox"/> Assenti/Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
<b>Dolore:</b>	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10   (0=assenza di dolore; 10=massimo dolore immaginabile)
<b>Mobilità:</b>	<input type="checkbox"/> Indipendente (anche con carrozzina) <input type="checkbox"/> Cammina con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)
<b>Alimentazione:</b>	<input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente <input type="checkbox"/> Necessita di assistenza per alimentarsi <input type="checkbox"/> Rifiuta di alimentarsi
<b>Supporto sociale :</b>	



VIVE:  Solo  Con coniuge  Con figli  Con genitori  Con fratelli

Altro \_\_\_\_\_

Assistito da:  Familiari  Altre persone (vicini, badante...) \_\_\_\_\_

Paziente trasportabile:  Si  No

### Necessità assistenziali

- Chemio/radioterapia  Ossigenoterapia (OLT)  Ventilazione meccanica assistita  Drenaggi
- Bronco aspirazione/drenaggio posturale  Dialisi  Emotrasfusione periodica  PEG  NAD  SNG
- Catetere vescicale  a permanenza  a intermittenza  Catetere sovrappubico  Catetere Venoso Centrale
- Catetere peridurale  Tracheotomia  Uretronefrostomia  Ileostomia  Colostomia  Ulcere cutanee
- Altro \_\_\_\_\_

Percorso richiesto:

Residenziale

Semiresidenziale

Domiciliare

Data \_\_\_\_\_

### Il compilatore

MMG/PLS      Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Recapito tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Medico ospedaliero      Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_ Unità Operativa \_\_\_\_\_

Recapito tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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



**DISTRETTO "D" CASSINO-PONTECORVO  
PUNTO UNICO D'ACCESSO (P.U.A.)**

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

DLgs 196 / 2003

Io sottoscritto.....  
nato a.....ll...../...../..... codice fiscale..... residente  
(comune e Prov) .....via .....n°  
per sé oppure in qualità di: .....

- Tutore  
 Curatore  
 Amministratore di sostegno  
 Esercente la potestà genitoriale  
 Legale rappresentante

di sig./ra..... nato/a a..... il ..... / ..... / .....  
c.f.....(Conune,Prov.).....via.....  
n°...

Ho ricevuto l'informativa, ai sensi dell'art.13 del DLgs 196 / 2003, che per le attività assistenziali da erogare l'Azienda Unità Sanitaria Locale Frosinone deve necessariamente acquisire e gestire, anche con metodica informatica i miei dati personali (o di dati personali di.....).

Sono consapevole che i dati di cui sopra sono classificati come "dati sensibili" in quanto idonei a rivelare lo stato di salute (anche in relazione a stati di disabilità, al risultato di esami diagnostici, programmi terapeutici progressi o in corso, a quanto risultante dalla storia clinica), nonché le condizioni psico-sociali e socio economico ambientali, I dati saranno gestiti solo nell'interesse della persona da assistere e potranno essere trasmessi ad altri Servizi dell'A.U.S.L. Frosinone, da essa dipendenti, organizzati o con essa convenzionati. Sono informato che il consenso al trattamento e alla gestione dei dati di cui sopra può essere revocato, totalmente o parzialmente in ogni momento (sempre in forma scritta) ma che la revoca potrà impedire o limitare l'attività assistenziale da parte dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Frosinone

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Pertanto acconsento che i dati personali (dati sensibili) della persona a cui è intestata la presente scheda siano gestiti, nominativamente, in modo informatico o cartaceo, nell'interesse esclusivo della persona assistita, sotto rigoroso vincolo di segreto professionale o di Ufficio, e, in modo anonimo, per finalità statistiche. Acconsento a che l'Azienda Unità Sanitaria Locale Frosinone possa inviare comunicazioni al seguente indirizzo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ telefonicamente al n. \_\_\_\_\_

Dichiaro infine che ogni mia necessità di informazione utile alla stesura del presente documento e all'espressione del consenso mi è stata fornita in modo chiaro dall'Operatore che firma in calce il modulo.

Il presente documento consta di un foglio.

NOTE \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

L'Operatore del PUA \_\_\_\_\_