



CARTELLA INFERMIERISTICA - ASSISTENZIALE

R3

R3D

CODIFICA UTENTE: _____ COGN. _____ NOM. _____ Cod. DOSSIER UTENTE N° _____

R3

R3D

DATA RICOVERO:

DATA DIMISSIONE:

Cognome	_____	Nome	_____	Genere	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>																		
Data di nascita	_____	Luogo di nascita	_____	Prov.	_____																					
Residente in	_____	Prov.	_____	Via	_____	N°	_____																			
Codice Fiscale	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																									
Coniugato:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Vedovo/a:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Familiari attuali:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>												
Grado di istruzione	_____				Attività lavorativa svolta	_____																				
Referente/ADS	_____				Tel.	_____		Mail	_____																	
Familiare	_____				Tel.	_____		Mail	_____																	
Familiare	_____				Tel.	_____		Mail	_____																	

M. M.G.	Recapiti telefonici	E-mail

CODICE TESSERA SANITARIA: _____

PATOLOGIE: ☐ Cardiopatia ☐ Ipertensione ☐ Diabete ☐ Celiachia ☐ TAO ☐ Asma ☐

PROBLEMATICHE TERAPEUTICHE: ☐ Nessuna ☐ Ossigeno terapia ☐ TAO ☐ Dialisi ☐

PRESIDI: ☐ SNG ☐ PEG ☐ NPT ☐ Catetere ☐ Stomia ☐ Drenaggio ☐ CPAP ☐ Pace maker ☐

PROTESI: ☐ Dentaria ☐ Oculare ☐ Uditiva ☐ Ortopedica ☐ Vascolare ☐

POSITIVITA' SIEROLOGICA: Epatite: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ HIV ☐

INTOLLERANZE ALIMENTARI: _____

ALLERGIE: _____

CONVENZIONATO AST ☐ SI ☐ NO

VALUTAZIONE UVI ☐ SI ☐ NO

VALUTAZIONE CDCD ☐ SI ☐ NO

Servizio Inviante	Referente	Recapiti Telefonici/ E-mail

NOTE: _____

Infermiere compilatore _____ FIRMA _____