



COMUNE DI NAPOLI
Assessorato agli Affari Sociali



SISTEMA INTEGRATO DI CURE DOMICILIARI

CARTELLA SOCIO SANITARIA N°.....

UTB

ALLEGATO 6

ELEMENTI SIGNIFICATIVI ATTIVI

SANITARI

Cognome	Nome	Sesso M F
Comune di nascita	Paese di nascita	
Cittadinanza		
Comune di residenza	ASL di residenza	UTB
Indirizzo	Telefono	
Codice fiscale		
Invalidità civile <input type="checkbox"/> SI	% <input type="checkbox"/> NO	Accompagnamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Medico di medicina generale		
Tutore	Indirizzo	Telefono

SOCIALI:

PATOLOGIE CONCOMITANTI

Gruppo malattie		
Malattie epatiche	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Allergie	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

Referente sanitario

Referente sociale

Referente familiare

DIAGNOSI SOCIO-SANITARIA

UNITA' DI VALUTAZIONE TERRITORIALE

MMCP/L

ESAME OBIETTIVO

A. FAMILIARE:

Peso Kg	Altezza cm	P.A.mmHg RC/bpm.
Stato di coscienza	<input type="checkbox"/> vigile	<input type="checkbox"/> confuso
Condizioni generali	<input type="checkbox"/> buone	<input type="checkbox"/> discrete
Decubito	<input type="checkbox"/> indifferentie	<input type="checkbox"/> obbligato
Colore	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> pallido
Sottocutaneo	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> edema diff.
Linfoghiandole	<input type="checkbox"/> non palpab.	<input type="checkbox"/> palpabili
Collo	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> gozzo
Denti	<input type="checkbox"/> conservati	<input type="checkbox"/> carie molt.
Deambulazione	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> con aiuto
		<input type="checkbox"/> sedia a rotelle
App. Respiratorio	<input type="checkbox"/> nulla da rilevare	<input type="checkbox"/> patologico per :
FUMO	NO <input type="checkbox"/>	
SI <input type="checkbox"/>	ALCOOL SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SONNO regolare <input type="checkbox"/>	insonnia iniziale <input type="checkbox"/>	insonnia intermedia <input type="checkbox"/>
Inversione ritmo sonno-veglia <input type="checkbox"/>	sonnolenza diurna <input type="checkbox"/>	
DIURESI	ALVO <input type="checkbox"/>	
ALIMENTAZIONE sufficiente <input type="checkbox"/>	insufficiente <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>

A. PATOLOGICA REMOTA:

App. Cardiovassolare	<input type="checkbox"/> nulla da rilevare	<input type="checkbox"/> patologico per :
Polsi	<input type="checkbox"/> presenti	<input type="checkbox"/> iposifigimi

App. Addome	<input type="checkbox"/> nulla da rilevare	<input type="checkbox"/> patologico per :
Fegato e milza	<input type="checkbox"/> nulla da rilevare	<input type="checkbox"/> patologico per :

App. Neurologico	<input type="checkbox"/> nulla da rilevare	<input type="checkbox"/> patologico per :

App. Locomotore	<input type="checkbox"/> nulla da rilevare	<input type="checkbox"/> patologico per :

Plaghe da decubito	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> presenti

Plaghe da decubito	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> presenti

Nº di ricoveri, nell'ultimo anno, presso ospedali
 Nº di ricoveri, nell'ultimo anno, presso RSA e/o strutture riabilitative
 Nº di ammissioni, nell'ultimo anno, in ADP
 Nº di ammissioni, nell'ultimo anno, in ADs
 Nº di ammissioni, nell'ultimo anno, in Adsa

A. PATOLOGICA PROSSIMA:

TERAPIA IN ATTO:

DIARIO (a cura e fine di: Mmg/Pls; Specialisti; Ass. Sociale)

ESAMI DI LABORATORIO