

**CURE DOMICILIARI**

(ADS, ADI I° - II° - III° livello, ADO, Cure palliative, Hospice)

Cartella Domiciliare

Numero cartella n _____

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residenza _____

Domicilio di assistenza _____

Nominativo sul campanello _____ ☎ _____

Familiare / persona di riferimento _____

Indirizzo _____ ☎ _____

Cittadinanza _____

Stato Estero _____

Codice Fiscale _____

Resp. Sanitario (MMG/PLS) dell'utente Dott.ssa/Dott. _____

☎ amb. _____ ☎ abit. _____ cell. _____

Profilo di cura/ setting assistenziale ADS ADI ADO Cure Palliative

Resp. Medico Cure Domiciliari Dott. _____ ☎ _____

Case – manager _____ ☎ _____

Infermiere di riferimento _____ ☎ _____

Fisioterapista di riferimento _____ ☎ _____

Segreteria organizzativa _____ ☎ _____

Guardia medica _____ ☎ _____

Orari gg. prefestivi _____ gg. festivi _____ notte _____

Ass. Sociale del Gestore affidatario del Servizio SAD del Comune di _____ ☎ _____

Operatore Socio-Sanitario del Comune di _____ ☎ _____



REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA



Distretto Socio Sanitario Uno
Molfetta-Giovinazzo

Data di ammissione ____/____/____

Data di dimissione ____/____/____

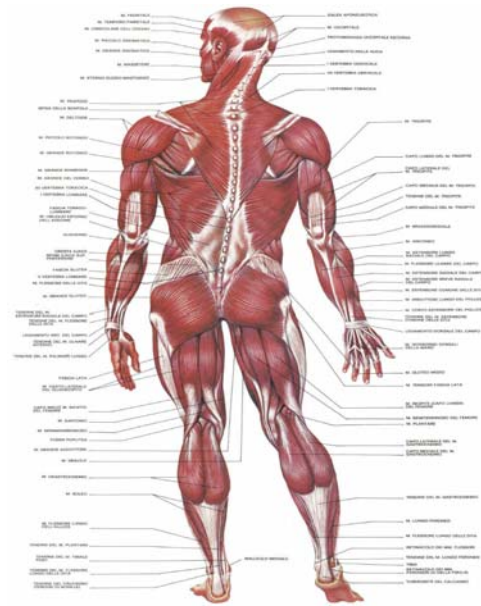
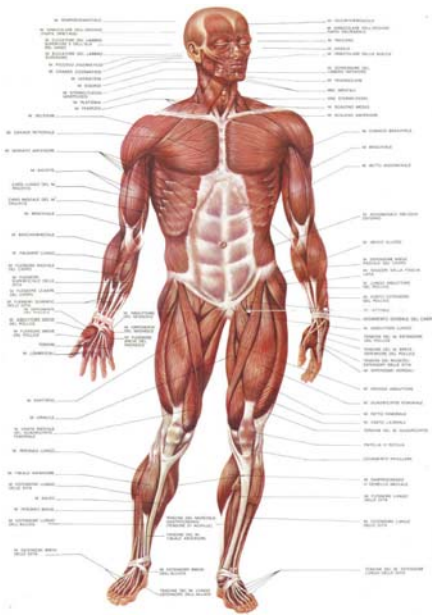
DIAGNOSI DI AMMISSIONE _____

ANAMNESI _____

ESAME OBIETTIVO _____

Tipo di lesione

Tipo di lesione : ◇ chirurgica ◇ da decubito ◇ da stasi



Data	n. piaghe	Descrizione o foto	Tipo medicazione	valutazione

Firma e timbro MMG/PLS



REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA



Distretto Socio Sanitario Uno
Molfetta-Giovinazzo

PRESCRIZIONE TERAPEUTICA (a cura del MMG/PLS)

Paziente _____

Cartella n° _____

DATA INIZIO	DURATA TERAPIA	TERAPIA ENDOVENA	TERAPIA INTRAMUSCOLO	TERAPIA ORALE	TERAPIA USO TOPICO	FARMACI SOSPESI

Firma e timbro del MMG/PLS



REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA



Distretto Socio Sanitario Uno
Molfetta-Giovinazzo

FARMACIA TERRITORIALE

Richiesta n° _____ del ____ / ____ / ____

Alla Farmacia Territoriale

Caso Clinico n° _____

Tel. 080/

Fax 080/

Centro di Costo n° _____ Tel. _____

Assistenza Domiciliare Sanitaria

Distretto Socio sanitario Uno

Descrizione dei prodotti richiesti	N°	Consegnati	Note

Il Dirigente Responsabile dell'U.O. (Firma e timbro) Data _____	Il Ricevente (Firma leggibile)
---	--

Il Farmacista Dirigente _____



REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA



Distretto Socio Sanitario Uno
Molfetta-Giovinazzo

PRESCRIZIONE TERAPEUTICA (a cura del MMG)

Paziente _____

Cartella n° _____

PER EVENTUALI VARIAZIONI TERAPEUTICHE

DATA INIZIO	DURATA TERAPIA	TERAPIA ENDOVENA	TERAPIA INTRAMUSCOLO	TERAPIA ORALE	TERAPIA USO TOPICO	FARMACI SOSPESI

Firma e timbro del MMG/PLS



REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA



Distretto Socio Sanitario Uno
Molfetta-Giovinazzo

SCHEDA INFORMATIVA DEI PARAMETRI VITALI

Paziente: _____

Cartella n° _____

DATA								FIRMA
ORA								
PRESSIONE ARTERIOSA								
FREQUENZA CARDIACA								
TEMPERATURA CORPOREA ASCELLARE								
FREQUENZA RESPIRATORIA								
DIURESI 24 H								
TIPO DI MEDICAZIONE								
TERAPIA IDRATANTE NUTRITIVA								



REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA



Distretto Socio Sanitario Uno
Molfetta-Giovinazzo

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
Distretto Socio Sanitario Uno

