



**AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA G  
ASSISTENZA DOMICILIARE  
DISTRETTO DI**



Regione Lazio

CARTELLA N° \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Condizione lavorativa \_\_\_\_\_

Indirizzo (1) \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Altro telefono \_\_\_\_\_

Codice Regionale \_\_\_\_\_ Esenzione ticket \_\_\_\_\_

DISABILE  ANZIANO

CRONICO  ACUTO

INVALIDO  si  no

● Guerra

● Lavoro  CAT. \_\_\_\_\_

● Servizio

● Civile

● Riconosciuto il .....

NON AUTOSUFFICIENTE

PARZIALE

TEMPORANEO

TOTALE

PERMANENTE

MEDICO CURANTE: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Disponibilità oraria per visite domiciliari:

nei giorni \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

nei giorni \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

nei giorni \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

nei giorni \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

DIAGNOSI \_\_\_\_\_

PATOLOGIE CONCOMITANTI \_\_\_\_\_

PRESTAZIONI RICHIESTE \_\_\_\_\_

**CONSULENZE**

Geriatra

Cardiologo

Fisiatra

Angiologo

Neurologo

Psichiatra

Oncologo

Pneumologo

Urologo

Ginecologo

Chirurgo

Ortopedico

Odontoiatra

Oculista

Endocrinologo

Psicologo

Dermatologo

Altre visite

.....

**RIABILITAZIONE**

Fisiocinesiterapia

Terapia fisica

Logoterapia

Terapia occupazionale

Ausili protesici

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

Terapia intensiva

Rilievi pressori

Prelievo

Assistenza fleboclisi

Insulino terapia

Cambio catetere

Lavaggio vescicale

Medicazioni

Trattamento decubiti

Cure igieniche

Bagno

Clistere

Altro .....

**ESAMI STRUMENTALI**

RX

ECG

ANALISI

Data \_\_\_\_\_ Firma del MEDICO CURANTE \_\_\_\_\_

