

**Anamnesi socio-ambientale per DIMISSIONE PROTETTA** - (non è necessario ripetere i dati già presenti nella scheda di richiesta del medico, eccetto Cogn. e Nome. Allegare sempre alla richiesta del medico)

**A - DATI ANAGRAFICI ASSISTITO**

COGNOME	NOME	
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA *	
italiana <input type="checkbox"/> - Unione europea <input type="checkbox"/> - extracomunitaria <input type="checkbox"/>	1. Celibe / nubile <input type="checkbox"/> 2. coniugato <input type="checkbox"/> 3. separato <input type="checkbox"/> 4. divorziato <input type="checkbox"/>	
CITTADINANZA	STATO CIVILE	
1. Soggetto di diritto <input type="checkbox"/> 2. amm.re di sostegno <input type="checkbox"/> 3. curatore <input type="checkbox"/> 4. tutore <input type="checkbox"/>		
STATO GIURIDICO		
COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N° CIVICO
ASL DI RESIDENZA	MEDICO DI BASE	TEL. MEDICO DI BASE
COMUNE DOMICILIO (se diverso dalla resid. ) <sup>1</sup>	Via del domicilio	N° civico del domicilio
Handicap grave <input type="checkbox"/> Legge 104	Handicap non grave <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Invalidità
		Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> accompagnamento
Esenzione per patologia (codice)		

**B - DATI DEL SEGNALANTE**

NOME STRUTTURA	NOME REPARTO
N° TELEFONI DEL SEGNALANTE	

**C - PERSONA DI RIFERIMENTO** (tralasciare se è lo stesso segnalante)

COGNOME	NOME	TELEFONO

**E - INFORMAZIONI SOCIO-AMBIENTALI RACCOLTE SUL SEGNALATO**

1	Dove andrà alla dimissione	0. casa di riposo o altra comunità <input type="checkbox"/> - 1. abitazione civile propria o di familiare <input type="checkbox"/> - 2. senzatetto <input type="checkbox"/>
2	barriere	0. ascensore o piano terra <input type="checkbox"/> 2. piano alto senza ascensore o altre barriere
2	Con chi vive abitualmente	0. con più di un convivente <input type="checkbox"/> 1. con un convivente <input type="checkbox"/> 2. Da solo <input type="checkbox"/>
3	Parentela conviventi	genitori <input type="checkbox"/> figlio <input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>
4	Presenza di badante	0. per 24 ore <input type="checkbox"/> 1. per meno di 24 ore <input type="checkbox"/> 2. no <input type="checkbox"/>
5	Nucleo abitativo	(escluso assistito, incluso eventuale assistente familiare convivente / mettere il numero di soggetti per fascia d'età) (2) < 18 ANNI _____ (0) > 18 ANNI _____ , (2) fra cui > 75 ANNI _____
6	Collaborazione dei conviventi	0. Totale e valida <input type="checkbox"/> 1. Parziale <input type="checkbox"/> 2. Assente <input type="checkbox"/>
7	Dotazione auto in famiglia	0. Presente <input type="checkbox"/> 2. assente <input type="checkbox"/>

**F - ACQUISIZIONE CONSENSO X PRIVACY**

CONSENSO ACQUISITO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Servizi con cui si è autorizzati a condividere informazioni per la gestione del caso: CAD <input type="checkbox"/> DSM <input type="checkbox"/> SERT <input type="checkbox"/> MATERNO INFANTILE <input type="checkbox"/> SERVIZI SOCIALI COMUNALI <input type="checkbox"/>
---	---

DATA INTERVISTA \_\_\_\_\_ SIGLA OPERATORE \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> N.B. INDICARE IL DOMICILIO DOVE IL PAZIENTE ANDRÀ ALLA DIMISSIONE  
INTERV\_SOC\_OSP / rev. 0 / ed. 1