

SCHEDA UTENTE TELESOCCORSO

CODICE:

Ente Pubblico : _____

RICHIESTA URGENTE

UTENTE: _____ TEL.: _____ / _____
(se l'utente è vedova: indicare entrambi i cognomi da nubile e da vedova)

NATO A _____ PROV (_____) IL _____ / _____ / _____

M F ST. CIVILE _____ COD.FISC.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CONVIVENTE: _____ (Grado di parentela _____)

NATO A _____ PROV (_____) IL _____ / _____ / _____

RESIDENTE/I A: _____ PR. (_____) CAP _____

INDIRIZZO: _____ N.: _____

UBICAZIONE ABITAZIONE: _____
(specificare la località, la frazione, eventuale rione - zona o altro)

TIPO ABITAZIONE: **APPARTAMENTO** (PIANO : _____) (ASCENSORE SI NO) **CASSETTA**

AZIENDA SANITARIA N. _____

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. _____

• PARENTI (INDICARE CON *** SE OFFRONO AIUTO COSTANTE; ** SE OCCASIONALE; * NESSUN AIUTO)				
COGNOME E NOME	INDIRIZZO	LOCALITA'	TELEFONO	CHIAVI
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

• AMICI/VICINI (INDICARE CON *** SE OFFRONO AIUTO COSTANTE; ** SE OCCASIONALE; * NESSUN AIUTO)				
COGNOME E NOME	INDIRIZZO	LOCALITA'	TELEFONO	CHIAVI
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

CHI AVI: _____
(INDICARE EVENTUALE CUSTODIA CHIAVI E/O INFORMAZIONI UTILI AL REPERIMENTO IN CASO DI EMERGENZA)

• ASSISTENZA SOCIALE/ DOMICILIARE: (INDICARE LA QUALIFICA: AS =Ass. Sociale; AD =Ass. Domiciliare;)				
COGNOME E NOME	QUALIFICA	GIORNI DELLA SETTIM.	ORE	TELEFONO
_____	_____	_____	_____ / _____	_____ / _____
_____	_____	_____	_____ / _____	_____ / _____

RIPORTARE COGNOME / I E NOME DELL' UTENTE _____

• **MEDICI**

COGNOME E NOME	(B=DI BASE; F=DI FIDUCIA)	TELEFONO
_____	_____	ABITAZ.: _____ / _____
_____	_____	AMBUL.: _____ / _____

• **ASSISTENZA INFERMIERISTICA:** (INDICARE LA QUALIFICA: I=Inferm.; F=Fisioter...; ASV=Ass .Sanitaria)

COGNOME E NOME	QUALIFICA	GIORNI DELLA SETTIM.	ORE	TELEFONO
_____	_____	_____	_____/_____	_____/_____
_____	_____	_____	_____/_____	_____/_____

• **SCHEDA SANITARIA (DA COMPILARE CON LA COLLABORAZIONE DEL MEDICO CURANTE)**
UTENTE: AUTOSUFFICIENZA (T P N) T=TOTALE; P=PARZIALE; N=NULLA

ULTIMO RICOVERO _____ / _____ / _____ PRESSO OSPEDALE: _____

AFFEZIONI PREVALENTI (COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE): _____

• **SCHEDA SANITARIA (DA COMPILARE CON LA COLLABORAZIONE DEL MEDICO CURANTE)**
CONVIVENTE: AUTOSUFFICIENZA (T P N) T=TOTALE; P=PARZIALE; N=NULLA

ULTIMO RICOVERO _____ / _____ / _____ PRESSO OSPEDALE : _____

AFFEZIONI PREVALENTI (COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE): _____

DATA COMPILAZIONE SCHEDA : _____ / _____ / _____ A CURA DI : _____

- L'UTENTE PER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DEVE DISPORRE DI UN TELEFONO CON PRESA TRI POLARE (A 3 PUNTE)
- VICINO AL TELEFONO PRINCIPALE DELL'UTENTE VI E' UNA PRESA DI CORRENTE ? **SI** ___ **NO** ___
- L'UTENTE E' STATO INFORMATO SUL TELESOCOCCORSO ? **SI** ___ **NO** ___ - E' IN ATTESA DI RICOV. IN CASA DI RIPOSO ? **SI** ___ **NO** ___
- L'UTENTE DISPONE GIA' DI QUALCHE SERVIZIO DI TELESOCOCCORSO? **SI** _____ **NO** ___