

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano.

L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

### GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

in qualità di ☐ AdS ☐ Tutore ☐ Altro, specificare \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Altri familiari e persone di riferimento:

| Cognome e nome | Grado di parentela | Recapito telefonico |
|----------------|--------------------|---------------------|
| 1)             |                    |                     |
| 2)             |                    |                     |

### PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_ Genere: ☐ M ☐ F

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Assistito \_\_\_\_\_ Codice Esenzione \_\_\_\_\_

Medico curante (Nome e recapito telefonico) \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Domicilio se diverso dalla residenza: \_\_\_\_\_

ATS di appartenenza \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno ☐ sì ☐ no Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)

Firma della persona o del richiedente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

|   |   |
|---|---|
| <b>MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO</b><br><input type="checkbox"/> Condizioni abitative non idonee<br><input type="checkbox"/> Vive solo/sola<br><input type="checkbox"/> Perdita autonomia<br><input type="checkbox"/> Quadro clinico compromesso<br><input type="checkbox"/> Mantenimento/miglioramento capacità residue<br><input type="checkbox"/> Rischio permanenza al domicilio<br><input type="checkbox"/> Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)  | <b>PROVENIENZA</b><br><input type="checkbox"/> Domicilio<br><input type="checkbox"/> Istituto di ricovero per acuti (ospedale)<br><input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica<br><input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione<br><input type="checkbox"/> Altra RSA<br><input type="checkbox"/> Altro: _____   |
| <b>TIPOLOGIA DI RICOVERO</b><br><input type="checkbox"/> Tempo determinato<br><input type="checkbox"/> Lungodegenza<br><br>Nucleo Alzheimer <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   | <b>CONVENZIONE</b><br><input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente: _____   |
| <b>CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, motivazione: _____<br>note: _____  |   |
| <b>SITUAZIONE ABITATIVA</b><br>Con chi vive:<br><input type="checkbox"/> Solo<br><input type="checkbox"/> Coniuge<br><input type="checkbox"/> Figli<br><input type="checkbox"/> Altri parenti: _____<br><input type="checkbox"/> Assistente familiare (ore/die) _____<br><br><input type="checkbox"/> Altro: _____<br>Dove vive:<br><input type="checkbox"/> Abitazione adeguata<br><input type="checkbox"/> Abitazione parzialmente adeguata<br><input type="checkbox"/> Abitazione totalmente inadeguata<br>Perché _____<br><input type="checkbox"/> Casa di proprietà<br><input type="checkbox"/> Affitto<br><input type="checkbox"/> Casa ALER<br><input type="checkbox"/> Usufrutto<br><input type="checkbox"/> Altro: _____ | <b>TUTELA</b><br><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:<br><input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno / Tutela<br><input type="checkbox"/> In corso<br><input type="checkbox"/> Numero decreto: _____<br><input type="checkbox"/> Altro: _____<br><br>Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...): _____<br><br>Qualifica:<br><input type="checkbox"/> Familiare: _____<br><input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.) _____<br><br>Recapiti: _____ |

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

☐ SI

☐ NO

### SITUAZIONE FAMILIARE

- ☐ Coniugato/a  
☐ Divorziato/a  
☐ Celibe/nubile  
☐ Separato/a  
☐ Vedovo/a  
☐ Altro: \_\_\_\_\_

- ☐ Fratelli (N:     )  
☐ Sorelle (N:     )

- ☐ Figli (N:     )  
☐ Figlie (N:     )

### SITUAZIONE ECONOMICA

- ☐ Nessuna pensione  
☐ Anzianità/vecchiaia  
☐ Minima/sociale  
☐ Guerra/infortunio sul lavoro, etc  
☐ Reversibilità

- ☐ In attesa di invalidità civile

- ☐ Invalidità

    ⌘ Codice: \_\_\_\_\_

    ⌘ Percentuale: \_\_\_\_\_ %

    ⌘ Indennità accompagnamento

☐ sì ☐ no ☐ In attesa

### LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- ☐ Nessuna scolarità  
☐ Licenza elementare  
☐ Diploma medie inferiori  
☐ Diploma medie superiore in \_\_\_\_\_  
☐ Laurea in \_\_\_\_\_  
☐ Altro: \_\_\_\_\_  
☐ Professione pre pensionamento \_\_\_\_\_  
☐ Interessi / hobby \_\_\_\_\_

### RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi: ☐ NO ☐ SI (specificare):

- ☐ ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) \_\_\_\_\_  
☐ CDI (Centro Diurno Integrato) \_\_\_\_\_  
☐ Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) \_\_\_\_\_

Servizi / interventi Sociali attivi: ☐ NO ☐ SI (specificare):

- ☐ SAD Comunale  
☐ Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto \_\_\_\_\_  
☐ Associazioni di volontariato \_\_\_\_\_  
☐ Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc) \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- ☐ Direttamente
- ☐ Servizio Sociale di: ☐ Centri Sociali Territoriali ☐ Ospedale
- ☐ Medico di Medicina Generale (medico curante)
- ☐ Medico specialista \_\_\_\_\_
- ☐ Passaparola \_\_\_\_\_
- ☐ Pubblicità \_\_\_\_\_
- ☐ Eventi/manifestazioni \_\_\_\_\_
- ☐ Internet \_\_\_\_\_
- ☐ Associazioni \_\_\_\_\_

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETÀ (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ↳ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

---



---



---

Ai sensi del D.Lgs.196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

---

NOTE:

---



---



---



---



---



---

## SCHEMA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

**Cognome e Nome** .....

**Data di nascita** ..... / ..... / .....

**luogo di nascita** .....

**QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI**

| INDICE DI COMORBITÀ (CIRS)  | DIAGNOSI       | ASSENTE                  | LIEVE                    | MODERATO                 | GRAVE                    | MOLTO GRAVE              |
|---|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Patologie Cardiache (solo cuore)</b><br>Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI     | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Ipertensione</b><br>(si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)                    | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato vascolare</b><br>(sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)  | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato respiratorio</b><br>(polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)  | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Occhi / O.R.L.</b><br>(occhio, orecchio, naso, gola, laringe)  | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato digerente tratto superiore</b><br>(esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)                     | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato digerente tratto inferiore</b><br>(intestino, ernie)  | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Fegato</b><br>(solo fegato)  | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Rene</b><br>(solo rene)  | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie</b> (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato Muscolo-Scheletro e Cute</b><br>(muscoli, scheletro, tegumenti)   | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Patologie sistema nervoso</b><br>(sistema nervoso centrale e periferico; <b>non include la demenza</b> )             | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Patologie sistema Endocrino-Metabolico</b> (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)                        | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Stato mentale e comportamentale</b><br>( <b>include demenza</b> , depressione, ansia, agitazione, psicosi)           | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ALLERGIE

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

|   |   |  |
|---|---|--|
| Autonomia nel movimento<br>(è possibile barrare più caselle)              | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza<br><input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento<br><input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione<br><input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto<br><input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore<br><input type="checkbox"/> immobilità a letto |  |
| Utilizzo ausili per la deambulazione<br>(è possibile barrare più caselle) | <input type="checkbox"/> bastone<br><input type="checkbox"/> carrozzina<br><input type="checkbox"/> deambulatore / girello<br><input type="checkbox"/> altro .....  |  |
| Autonomia igiene e cura personale   | <input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza<br><input type="checkbox"/> aiuto parziale<br><input type="checkbox"/> aiuto totale   |  |
| Autonomia nell'uso dei servizi igienici                                   | <input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza<br><input type="checkbox"/> aiuto parziale<br><input type="checkbox"/> aiuto totale   |  |
| Incontinenza urinaria   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   |  |
| Catetere vescicale  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI      Data ultimo posizionamento: ..... / ..... / 20.....  |  |
| Presidi assorbenti  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   |  |
| Nefro /urostomia  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   |  |
| Incontinenza fecale   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede: .....  |  |
| Ossigenoterapia   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua   |  |
| Tracheostomia   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula)   |  |
| Ventilazione  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva  |  |
| Catetere venoso centrale (CVC)  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....  |  |
| Lesioni da pressione  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI      Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV<br>Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV   |  |
| Altre lesioni cutanee<br>(incluse ferite chirurgiche)                     | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....  |  |
| Cadute ricorrenti<br>(anche senza conseguenze traumatiche)                | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI      Numero cadute nell'anno: .....   |  |



## SCHEMA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

### DEFICIT SENSORIALI

|           |   |                      |   |
|-----------|---|----------------------|---|
| Ipoacusia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Cecità assoluta      | <input type="checkbox"/> SI   |
| Ipoacusia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Corretta con protesi | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Sordità assoluta <input type="checkbox"/> SI |

### DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| Stato di coscienza alterato                            | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15) |   |
| Deficit di memoria                                     | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI  | Disorientamento  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale |
| Disturbi del linguaggio e della comunicazione          | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....  |  |   |
| Crisi d'ansia / attacchi di panico<br>frequenza .....  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI  | Deflessione del tono dell'umore  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   |
| Deliri   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI  | Allucinazioni  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   |
| Aggressività   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:   | <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale                                 |   |
| Disturbi del sonno                                     | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia   |   |
| Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento      | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI  | Tentativi di allontanamento<br>inconsapevole/tentativo fuga                                      | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   |
| Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....  |  |   |
| Etilismo/potus   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso                       |  |   |
| Abuso/dipendenza da sostanze:                          | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso<br>Di che tipo: ..... |  |   |
| Dipendenza gioco                                       | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....  |  |   |
| Tentato suicidio                                       | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data: ..... / ..... / .....   |  |   |
| In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici      | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: .....   |  |   |
| Eventuali note e osservazioni: .....                   |  |  |   |

### PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

|                              |  |  |   |
|------------------------------|--|--|---|
| Autonomia nell'alimentazione | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza                                  | <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) |   |
|                              | <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento |  |   |
| Edentulia                    | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:                           | Protesi:   | <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore |
|                              |  | Scheletrato:   | <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore |
| Rifiuto del cibo             | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                            |  |   |
| Disfagia                     | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                            | Cibi frullati o omogeneizzati  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI               |
|                              |  | Addensanti   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI               |

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

|   |  |
|---|--|
| Dieta specifica <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....   |  |
| Alimentazione enterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG | Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale |
| Peso corporeo: ..... kg   | Altezza: ..... cm  |

|  |
|--|
| Intolleranze <input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: ..... |
|--|

**TERAPIA**

☐ Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

| Farmaco/Principio attivo | Posologia |
|--------------------------|-----------|
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |

**ALTRI TRATTAMENTI:**

|   |           |
|---|-----------|
| Emotrasfusione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI  | Tipo..... |
| Dialisi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale |           |
| Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) .....  |           |

**EVENTUALE APPROFONDIMENTO:**

.....

.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): ..... / ..... / 20.....

|   |   |
|---|---|
| Nome e Cognome medico curante:<br>.....<br>Recapito<br>.....<br>.....<br>tel.diretto .....<br>fax .....<br>e-mail diretta:<br>.....@..... | Timbro e firma del medico curante<br><br><br><br><br><br> |
|---|---|

Data di compilazione: ..... / ..... / 20.....