



Documento a cura dell' Unita' di Crisi Covid-19 Anffas Nazionale

**Scheda informativa/anamnestica**

**Foto**

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

**Sesso** :  M  F

**Nato/a**: il.....a:

**Residenza**:.....

**contatto**: \_\_\_\_\_

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Medico di Medicina Generale**

\_\_\_\_\_ contatti \_\_\_\_\_

**Specialista di riferimento ASL** \_\_\_\_\_ contatti \_\_\_\_\_

**Specialista di riferimento ASL** \_\_\_\_\_ contatti \_\_\_\_\_

**Specialista di riferimento Servizio** \_\_\_\_\_ contatti \_\_\_\_\_

**Case Manager**: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Infermiere di riferimento** \_\_\_\_\_

**Assistente sociale di riferimento** \_\_\_\_\_

**Madre** : \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**Padre**: \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**Eventuale Legale Rappresentante** \_\_\_\_\_ contatti \_\_\_\_\_

**Diagnosi (ICD 10-DSM IV-V)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Patologie significative pregresse/in atto (si allegano eventuali referti, documentazione)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Terapia farmacologica in corso (si allega S.T.U.)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE FUNZIONALE****Deambulazione:****Comunicazione:****Relazione interpersonale:****Autonomie personali:(igiene-alimentazione)****BISOGNO DI SUPPORTO**

**Mediante modalità di (sostituzione fisica totale/parziale, indicazione verbale-gestuale-tramite immagini/monitoraggio/nessun supporto)**

**Deambulazione:****Comunicazione:****Relazioni interpersonali:****Autonomie personali:(igiene-alimentazione)****PREFERENZE PERSONALI**

**(Dal punto di vista relazionale, sensoriale, interessi specifici, stimolazioni o attività che favoriscono benessere emozionale, comportamenti e reazioni che la aiutano ad abbassare i livelli di stress)**

---

---

---

**TRIGGER**

**(fattori scatenanti: stimoli esterni/interni. Modalità di riduzione/risoluzione)**

---

---

---

**Vocabolario delle espressioni più di frequente utilizzate dalla persona (espressione/significato)**

---

---

---

**Modalità più indicate per la presentazione delle informazioni (es uso CAA, modalità orale, simboli, immagini, etc.)**

---

---

---

**Altre informazioni utili/rilevanti**

---

---

---

**Allegati (es. sintesi programma riabilitativo)**

data

Firma