

# SCHEDA UTENTE **TELESOCORSO**

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.** \_\_\_\_\_

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

• <b>AMICI/VICINI</b> (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)

• <b>ASSISTENZA SOCIALE/ DOMICILIARE:</b> (INDICARE LA QUALIFICA: <b>AS</b> =Ass. Sociale; <b>AD</b> =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 \_\_\_