

Prot. N. _____ data _____

Indirizzato a:

Villa Eèa via Carducci, 19 Bolzano
Villa.eea@cittazzurra.it

MODULO INVIO VILLA EEA

Invio a

- CENTRO DIURNO
- COMUNITA PROTETTA

1. Dati personali

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente in _____ Comune _____

Provincia _____ Codice Fiscale _____

Stato civile _____ Telefono _____

Cellulare _____ Mail _____

Esenzione ticket _____ Lingua di preferenza _____ Nazionalità _____ Scolarità _____

Familiare o conoscente a cui fare riferimento: _____

Indirizzo _____ Tel: _____

Mail _____

Familiare o conoscente a cui fare riferimento: _____

Indirizzo _____ Tel: _____

Mail _____

2. Ambulatorio inviante:

Tel: _____

REFERENTI

Medico Dietologo: _____

Medico Psichiatra: _____

Psicologo/a: _____

Dietista: _____

Case manager: _____

In carico all'ambulatorio da (specificare tempo):

3. Figure professionali di altri servizi in rete

4. Condizione abitativa e familiare

Provenienza dell'utente:

- dal domicilio
- da struttura protetta/semiprotetta
- da reparto ospedaliero
- altro

specificare:

Nel caso in cui l'utente provenisse dal proprio domicilio, (specificare, es. con chi vive):

Composizione familiare:

Modalità delle relazioni familiari:

5. Relazioni significative e rete sociale

6. Condizione occupazionale/lavorative/scolastiche (specificare scuola e classe)

7. Interessi ed hobby

CARTELLA MEDICA NUTRIZIONALE

ANAMNESI FISIOLÓGICA

Ciclo mestruale regolare irregolare _____
 Amenorrea da (tempo) _____ anticoncezionali

Gravidanze Nullipara _____

Nicotina No Ex fumatore Fumatore (n° sig/gg) _____
 Alcoolici No Sì (specificare) _____
 Caffè No Sì (tazzine/gg) _____

Alvo _____ Diuresi _____
 Sonno _____
 Altro _____

Diagnosi (ICD-10) _____

ANAMNESI PATOLOGICA

DATI ANTROPOMETRICI ED ESAME OBIETTIVO

Peso corporeo (kg) _____ Altezza (cm) _____ IMC (kg/m²) _____
 Variazioni di peso negli ultimi mesi: _____ kg in _____ mesi
 Pressione arteriosa (mmHg) _____ Frequenza cardiaca (bpm) _____

DESCRIZIONE ESAME OBIETTIVO

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

Farmaco e dosaggio	Mattina	Pranzo	Cena	Dopo Cena
Integratori alimentari (incl. ONS)		Dosaggio		

ALLERGIE

Data _____

Firma medico _____

RELAZIONE PSICHIATRICA

DIAGNOSI (ICD-10) _____

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

Farmaco e dosaggio	Mattina	Pranzo	Cena	Dopo Cena	TDM

ANAMNESI PATOLOGICA

VALUTAZIONE PSICHIATRICA

Tentativi di suicidio in passato: Si No altro

Rischio attuale di suicidio: Si No altro

Autolesionismo: Si No altro

Consumo di sostanze: _____

Data _____

Firma medico _____

Progettualità

Interventi riabilitativi precedenti e relativi esiti

Durata consigliata

Obiettivi generali della riabilitazione:

BMI: _____

Obiettivi specifici

Prosecuzione del progetto dopo dimissione

Aspettative e motivazione della persona nei confronti del progetto

Eventuale documentazione allegata (referti, relazioni, etc)

Altro

Firme e timbri servizio	
Psichiatra:	
Psicologo/a:	
Dietologo/a:	