



SCHEDA DI ACCESSO AL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI A GESTIONE INTEGRATA E COMPARTICIPATA
SCHEDA DI ACCESSO PUA

MOD. 1

ASL AVELLINO		DISTRETTO:	AMBITO:
Punto di accesso:	U.O. Distrettuale specificare: MMG/PLS SEGR. SOCIALE	Data scheda	___/___/___
N° riferimento interno:		Codice identificativo univoco (generato dal sistema informatvo sociale e sanitario)	
Richiesta di segnalazione a cura di: <input type="checkbox"/> familiare/parente <input type="checkbox"/> componente della rete informale <input type="checkbox"/> tutore giuridico <input type="checkbox"/> U.O. ospedaliere _____ <input type="checkbox"/> U.O. Distrettuali _____ <input type="checkbox"/> strutture residenziali _____ <input type="checkbox"/> altri servizi sociali dell'ambito territoriale _____ <input type="checkbox"/> altro _____			
DATI DELL'ASSISTITO			
Cognome		Nome	
Data di Nascita	___/___/___	Genere	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Luogo di nascita		Codice Fiscale/STP	
Indirizzo dell'assistito			
Recapiti telefonici			
Comune di residenza		Stato estero assistito	

Regione di residenza dell'assistito		ASL di residenza dell'assistito	
Medico dell'assistito: MMG <input type="checkbox"/> PLS: <input type="checkbox"/>	Nome :	Cognome:	ASL
	Indirizzo:		Distretto
Utente già in carico	Servizi sociali <input type="checkbox"/> Servizi Sanitari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Attualmente fruisce di servizi:	Servizi sociali <input type="checkbox"/> Servizi Sanitari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA

COGNOME e NOME _____

VIA _____ COMUNE _____

TELEFONO _____		RUOLO _____		
PROFILO PROFESSIONALE				
Stato civile				
1 <input type="checkbox"/> celibe/nubile	2 <input type="checkbox"/> coniugato/a	3 <input type="checkbox"/> separato/a	4 <input type="checkbox"/> divorziato/a	5 <input type="checkbox"/> vedovo/a
6 <input type="checkbox"/> convivente	8 <input type="checkbox"/> non dichiarato			
Condizione lavorativa				
<input type="checkbox"/> occupato/a	<input type="checkbox"/> occupazione stabile <input type="checkbox"/> occupazione temporanea <input type="checkbox"/> occupazione precaria	<input type="checkbox"/> in forma dipendente <input type="checkbox"/> in forma autonoma		
<input type="checkbox"/> disoccupato/a	<input type="checkbox"/> pensionato/a	<input type="checkbox"/> cassintegrato/a		
Altro (Specificare).....				
RICHIESTA ESPRESSA DALL'UTENTE				
<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare	<input type="checkbox"/> Ricovero in struttura residenziale	<input type="checkbox"/> Ricovero in struttura semiresidenziale		

Regione di residenza dell'assistito		ASL di residenza dell'assistito	
Medico dell'assistito: MMG <input type="checkbox"/> PLS: <input type="checkbox"/>	Nome :	Cognome:	ASL
	Indirizzo:		Distretto
Utente già in carico	Servizi sociali <input type="checkbox"/>	Attualmente fruisce di servizi:	Servizi sociali <input type="checkbox"/>
	Servizi Sanitari <input type="checkbox"/>		Servizi Sanitari <input type="checkbox"/>
	Altro (specificare) _____		Altro (specificare) _____

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA				
COGNOME e NOME _____				
VIA _____ COMUNE _____				
TELEFONO _____ RUOLO _____				
PROFILO PROFESSIONALE				
Stato civile				
1 <input type="checkbox"/> celibe/nubile	2 <input type="checkbox"/> coniugato/a	3 <input type="checkbox"/> separato/a	4 <input type="checkbox"/> divorziato/a	5 <input type="checkbox"/> vedovo/a
6 <input type="checkbox"/> convivente	8 <input type="checkbox"/> non dichiarato			
Condizione lavorativa				
<input type="checkbox"/> occupato/a	<input type="checkbox"/> occupazione stabile <input type="checkbox"/> occupazione temporanea <input type="checkbox"/> occupazione precaria	<input type="checkbox"/> in forma dipendente <input type="checkbox"/> in forma autonoma		
<input type="checkbox"/> disoccupato/a	<input type="checkbox"/> pensionato/a	<input type="checkbox"/> cassintegrato/a		

Altro (Specificare).....

RICHIESTA ESPRESSA DALL'UTENTE

<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare	<input type="checkbox"/> Ricovero in struttura residenziale	<input type="checkbox"/> Ricovero in struttura semiresidenziale
---	---	---

<input type="checkbox"/> contributo economico	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)_____
---	---

BISOGNO RILEVATO DALL'OPERATORE:

PRIMA VALUTAZIONE

Bisogno semplice sociale <input type="checkbox"/>	Bisogno sanitario <input type="checkbox"/>	Bisogno complesso <input type="checkbox"/>	Caso urgente <input type="checkbox"/>
---	--	--	---------------------------------------

ATTIVAZIONE SERVIZI

- SERVIZI ATTIVATI:** Sociale
 Sanitario
 Invio al percorso integrato/attivazione U.V.I.

Eventuale documentazione allegata:

RUOLO/FIRMA DELL'OPERATORE.....

Consenso informato

Il Sottoscritto _____ in
qualità di

(specificare) _____

Autorizza il trattamento dei dati ai sensi del d.lgs 196/2003

SÌ NO

Luogo e Data _____

Firma _____