

Allegato "A"

Al Responsabile
dell'Ambito Territoriale n. 2
Comune Capofila Rosarno

OGGETTO: *Istanza per Avviso pubblico assistenza domiciliare integrata per erogazione servizi di cura alle persone anziane non autosufficienti ultrasessantacinquenni.*

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
(____) il ____/____/____ residente a _____ (____) in via _____
_____ n. _____, Codice Fiscale n. _____ telefono _____
_____/____ cell. _____ in qualità di _____

chiede l'ammissione al servizio di assistenza:

Assistenza Domiciliare integrata (ADI)

Assistenza Domiciliare(SAD)

per se stesso/a per il/la sig.ra

_____ nato/a _____ il ____ | ____ | ____

residente/domiciliato in _____ alla Via _____ n. _____

Recapiti telefonici: cell. _____

Codice Fiscale: _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che è residente nel Comune di _____ appartenente all'Ambito Territoriale N. 2 del Comune Capofila di Rosarno;
- di non aver presentato domanda o godere dei servizi previsti da altri fondi sanitari o sociali analoghi;
- che il reddito del nucleo familiare ISEE è di €. _____
- il nucleo familiare è composto da n. _____ persone come indicato di seguito:

n.	Cognome e nome	Luogo e nascita	parentela	Codice fiscale

- che la condizione familiare del beneficiario è la seguente (*barrare la voce che interessa*):
 - convive con familiari in grado di assisterlo
 - con figli residenti nel Comune
 - con figli non residenti nel Comune
 - vive da solo, privo di supporto familiare
 - convive con familiari portatori di handicap senza ulteriore supporto
- che presenta il seguente stato di salute/invalidità
 - Portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 Legge 104/92)
 - Portatore di handicap (art. 3, co. 1 Legge 104/92):
 - Invalido al 100% in attesa di riconoscimento Legge 104/92
 - Stato malattia attestato dalla scheda di accesso ai servizi (allegato B)

ALLEGA alla presente:

- Attestazione ISEE del nucleo familiare dell'utente in corso di validità;
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità dell'interessato e/o del richiedente
- Scheda di richiesta di accesso ai servizi socio-sanitari territoriali (Allegato B);
- Copia di verbali attestante l'invalidità civile e/o l'adisabilità;
- Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti

AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del Regolamento EU nr. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)

Spazio riservato per la valutazione della domanda

PUNTEGGIO REQUISITI:

- | | |
|--|-------------|
| 1. Situazione reddituale | punti _____ |
| 2. Stato di invalidità | punti _____ |
| 3. Situazione familiare | punti _____ |
| 4. Età | punti _____ |
| 5. Valutazione condizioni socio-ambientali | punti _____ |

TOTALE PUNTI

PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI (nelle ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale)
 (ART. 433 C.C.: coniuge, figli e discendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, generi e nuore, suoceri, fratelli, e sorelle)

Cognome e nome	parentela ¹	età	professione	indirizzo e telefono	lontananza ²	intensità attivazione ³	si occupa di ⁴			intensità attivazione possibile ⁵			
							ADL	iADL	super-visione	ADL	iADL	super-visione	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													

ALTRE PERSONE ATTIVE (compreso personale privato)

1													
2													
3													

ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA (segnare i servizi attivi)

SERVIZIO RESIDENZIALE (quale?)	h/sett.			Interv/sett
	3	6	7	
1 SERVIZIO RESIDENZIALE (quale?)	PASTI A DOMICILIO	VIGILANZA-ACCOMPAGNAMENTO		
2 SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (quale?)	4 TELESCORSO	7 IGIENE DELLA CASA		
	5 TRASPORTO / ACCOMPAGNAMENTO	8 ASSISTENZA ALLA PERSONA		

1 C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NIU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini
 2 C = convivente, V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora
 3 indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza; 7a (o 0) è stata finora)
 4 crocettare se si occupa di ADL (bagnare, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)
 5 indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui si prevede che la persona possa essere presente nell'assistenza per il futuro

SITUAZIONE ABITATIVA	
TITOLO DI GODIMENTO (una sola risposta) 1 <input type="checkbox"/> proprietà 2 <input type="checkbox"/> usufrutto 3 <input type="checkbox"/> titolo gratuito 4 <input type="checkbox"/> non proprio, non in affitto (presso _____)	
in affitto da: 5 a <input type="checkbox"/> privato 5 b <input type="checkbox"/> pubblico E' in atto lo sfratto esecutivo? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO (una sola risposta) rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti) 1 <input type="checkbox"/> servita 2 <input type="checkbox"/> poco servita 3 <input type="checkbox"/> isolata	
BARRIERE ARCHITETTONICHE (una sola risposta) 1 <input type="checkbox"/> assenti 2 <input type="checkbox"/> solo esterne 3 <input type="checkbox"/> interne	
piano: __ ascensor si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> e	
GIUDIZIO SINTETICO 1 <input type="checkbox"/> abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito) 2 <input type="checkbox"/> abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi) 3 <input type="checkbox"/> abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed ant igienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiavano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)	
NOTE:	

SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE	
REDDITO TOTALE DELL'ANZIANO: (inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche solo riconosciuta)	£.
RISPARMI DELL'ANZIANO:	<input type="checkbox"/> no o inferiori a 5 milioni <input type="checkbox"/> fino a £ 10 milioni <input type="checkbox"/> fino a £ 20 milioni <input type="checkbox"/> fino a £ 100 milioni <input type="checkbox"/> oltre £ 100 milioni <input type="checkbox"/> non noti
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	£.
ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> fino a £ 1 milione <input type="checkbox"/> fino a £ 2 milioni <input type="checkbox"/> fino a £ 3 milioni <input type="checkbox"/> oltre <input type="checkbox"/> copertura completa delle spese
INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> certamente no <input type="checkbox"/> possibile <input type="checkbox"/> certamente sì
NOTE:	

deficit della deambulazione (specificare)

Impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione (specificare)

non autosufficienza

presenza di gravi patologie che necessitano o di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare):

- malati terminali (oncologici e non);
- gravi fratture (in anziani);
- malattia vascolare acuta;
- insufficienza cardiaca in stato avanzato;
- insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
- grave artropatia degli arti inferiori in stato avanzato;
- arteriopatia obliterante degli arti inferiori con gravi limitazioni;
- cerebropatia e/o cerebroleso con forme gravi;
- paraplegico e/o tetraplegico;
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare)
- fasi avanzate e complicate di altre malattie croniche;
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

dimissione protetta da Struttura Ospedaliera;

altro _____

DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

Profilo cognitivo

- lucido
- confuso
- molto confuso o stuporoso
- problemi comportamentali prevalenti

Profilo mobilità

- si sposta da solo
- si sposta assistito
- non si sposta

Profilo funzionale

- autonomo o quasi
- dipendente
- totalmente dipendente

Profilo sanitario

- bassa
- intermedia
- elevata

Profilo sociale

- ben assistito
- parzialmente assistito
- non sufficientemente assistito

Programma proposto dal Medico proponente

Accessi MMG/PLS: SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi infermiere: SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi fisioterapista: SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi operatore sociale: SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi specialista (specificare _____): SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi specialista 2 (specificare _____): SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi psicologi (specificare _____): SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi altri operatori (specificare _____): SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Data presunta dell'intervento (indicare il numero dei giorni effettivi |_|_|_|_|)

Obiettivi dell'intervento (sintetica descrizione dei risultati attesi):

Data: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Timbro e Firma del Medico

SVAMA VALUTAZIONE SANITARIA

NOME: _____	DATA DI NASCITA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
SEDE DI VALUTAZIONE: _____	DATA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO

TRATTAMENTI IN ATTO:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA		
	no	si
Diabete insulinoindipendente	0	5
Prelievi Venosi Non Occ	0	5
ECG	0	5
Telemetria	0	5
Terapia intramuscolare o sottocutanea o infusiva	0	5
Gestione catetere centrale	0	5
Trasfusioni	0	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensata (ascite) con necessità come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì)	0	5
Ventiloterapia	0	5
Broncoaspirazione/Drenaggio posturale	0	5
Sondino naso-gastrico	0	5
Alimentazione assistita	0	5
Gastrostomia PEG	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale	0	10
Catetere vescicale/ Eliminazione intestinale	0	5
Ano artificiale o ureterostomia	0	5
nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine	0	10
Ulcere distrofiche agli arti	0	5
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA	VIP	

REGIONE CALABRIA - ASP RC UVM Distretto Reggio Calabria

OCCHIO

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F74 Neoplasia di occhio/annessi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F81 Altra anomalia congenita dell'occhio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F82 Distacco di retina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F83 Retinopatia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F84 Degenerazione maculare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F85 Ulcera corneale

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F91 Difetto di rifrazione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F92 Cataratta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F93 Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F94 Cecità
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F99 Altra malattia di occhio/annessi

ORECCHIO

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H03 Acufene/tintinnio/ronzio all'orecchio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H74 Otitis media cronica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H75 Neoplasia dell'orecchio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H77 Perforazione del timpano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H82 Sindrome vertiginosa

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H83 Otosclerosi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H84 Presbiacusia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H86 Sordità
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H99 Altra malattia di orecchio/mastoide

SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K71 Febbre reumatica/malattia reum. Cardiaca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K73 Anomalia cardiovascolare congenita
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K74 Cardiopatia ischemica con angina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K75 Infarto miocardico acuto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K76 Cardiopatia ischemica senza angina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K77 Scompenso cardiaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K78 Fibrillazione atriale/flutter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K79 Tachicardia parossistica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K80 Aritmia cardiaca NAC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K82 Cuore polmonare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K83 Valvulopatia NAC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K84 Altra malattia cardiaca

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K86 Ipertensione arteriosa non complicata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K87 Ipertensione arteriosa complicata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K88 Ipotensione posturale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K89 Ischemia cerebrale transitoria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K90 Accidente vascolare cerebrale/stroke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K91 Malattia cerebrovascolare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K92 Arteriosclerosi/mal.vascolare periferica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K93 Embolia polmonare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K94 Flebite/tromboflebite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K95 Varici venose arti inferiori
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K99 Altra malattia cardiovascolare

SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L70 Infezione del sistema osteoarticolare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L71 Neoplasia maligna muscolo scheletrica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L72 Frattura di radio/ulna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L73 Frattura di tibia/perone
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L74 Frattura di mano/piede
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L75 Frattura di femore
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L76 Altra frattura
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L77 Distorsione/stiramento di caviglia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L78 Distorsione/stiramento di ginocchio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L79 Distorsione/stiramento di articolazione NAC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L80 Lussazione/sublussazione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L81 Lesione traumatica muscoloscheletrica NAC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L82 Anomalia congenita muscoloscheletrica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L83 Sindrome cervicale

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L84 Sindrome dorso lombare senza irradiazione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L85 Deformità acquisita della colonna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L86 Sindrome dorso lombare con irradiazione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L88 Artrite reumatoide siero positiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L89 Coxoartrosi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L90 Gonartrosi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L91 Altra artrosi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L92 Sindrome della spalla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L95 Osteoporosi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L96 Lesione acuta interna del ginocchio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L97 Neoplasia benigna/incerta muscolosc.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L98 Deformità acquisita degli arti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L99 Altra malattia muscoloscheletrica

SISTEMA NERVOSO

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N17 Vertigine/capogiro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N19 Disordine della parola
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N70 Poliomielite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N71 Meningite/encefalite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N72 Tetano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N73 Altra infezione neurologica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N74 Neoplasia maligna del sistema nervoso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N75 Neoplasia benigna del sistema nervoso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N76 Neopl. natura indeterminata sistema nervoso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N79 Commozione cerebrale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N81 Altra lesione traumatica del sistema nervoso

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N85 Anomalia neurologica congenita
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N86 Sclerosi multipla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N87 Parkinsonismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N88 Epilessia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N89 Emicrania
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N90 Cefalea a grappolo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N91 Paralisi facciale/paralisi di Bell
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N92 Nevralgia trigeminale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N93 Sindrome del tunnel carpale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N94 Neurite periferica/neuropatia

DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P13 Encopresi/problemi di controllo intestinale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P15 Abuso alcolico cronico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P16 Abuso alcolico acuto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P17 Abuso di tabacco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P18 Abuso di farmaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P19 Abuso di droga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P20 Disturbo della memoria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P70 Demenza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P71 Altra psicosi organica

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P74 Disturbo ansioso/stato ansioso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P75 Disturbo psicosomatico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P76 Depressione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P77 Suicidio/tentativo di suicidio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P78 Neurastenia/surmenage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P79 Fobia/disordine ossessivo-compulsivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P80 Disturbo della personalità
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P85 Ritardo mentale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P98 Altra psicosi NAC

REGIONE CALABRIA - ASP RC UVM Distretto Reggio Calabria

- P72 Schizofrenia
 P73 Psicosi affettiva

- P99 Altri disturbi psicologici

SISTEMA RESPIRATORIO

- P C A
 R80 Influenza
 R81 Polmonite
 R82 Pleurite/versamento pleurico
 R83 Altra infezione respiratoria
 R84 Neoplasia maligna bronchiale/polmonare

- P C A
 R85 Altra neoplasia maligna sist. respiratorio
 R89 Anomalia congenita sistema respiratorio
 R95 Broncopneumopatia cronica ostruttiva
 R96 Asma
 R99 Altra malattia respiratoria

CUTE E ANNESSI

- P C A
 S14 Bruciatura/ustione
 S18 Lacerazione/aglio
 S19 Altra lesione traumatica della pelle
 S70 Herpes zoster
 S72 Scabbia/altre acariasi
 S73 Pediculosi/altre infestazioni cutanee
 S74 Dermatofitosi
 S75 Moniliasi/candidosi della pelle
 S76 Altra malattia infettiva della pelle
 S77 Neoplasia maligna della pelle
 S80 Cheratosi attinica/eritema solare

- P C A
 S84 Impetigine
 S85 Cisti/fistola pilonidale
 S87 Dermatite atopica/eczema
 S88 Dermatite da contatto/allergia
 S89 Eritema da pannolino
 S91 Psoriasi
 S92 Malattia delle ghiandole sudoripare
 S94 Unghia incarnita
 S97 Ulcera cutanea cronica
 S98 Orticaria
 S99 Altra malattia della pelle

SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE

- P C A
 T08 Perdita di peso
 T11 Disidratazione
 T71 Neoplasia maligna della tiroide
 T73 Neoplasia endocrina di altra/incerta natura
 T82 Obesità
 T83 Sovrappeso
 T85 Iperitiroidismo/tireotossicosi

- P C A
 T86 Ipotiroidismo/mixedoma
 T87 Ipoglicemia
 T90 Diabete non-insulino dipendente
 T91 Carezza vitaminica/nutrizionale
 T92 Gotta
 T93 Dislipidemia
 T99 Altro dist. endocrino/metabolico/nutriz.

SISTEMA URINARIO

- P C A
 U04 Incontinenza urinaria
 U70 Pielonefrite/pielite
 U71 Cistite/altra infezione urinaria
 U75 Neoplasia maligna del rene
 U76 Neoplasia maligna della vescica

- P C A
 U79 Neoplasia indeterminata del tratto urinario
 U85 Anomalia congenita delle vie urinarie
 U88 Glomerulonefrite/sindrome nefrosica
 U95 Calcolosi urinaria
 U99 Altra malattia urinaria

SISTEMA GENITALE FEMMINILE

- P C A
 X75 Neoplasia maligna del collo dell'utero
 X76 Neoplasia maligna della mammella donna
 X77 Altra neoplasia maligna genitale donna
 X81 Neopl. genitale altra/incerta natura donna

- P C A
 X84 Vaginite/vulvite NAC
 X87 Prolasso utero-vaginale
 X99 Altra malattia genitale nella donna

SISTEMA GENITALE MASCHILE

- P C A
 Y74 Orchite/epididimite
 Y77 Neoplasia maligna della prostata

- P C A
 Y78 Altra neoplasia maligna genitale nell'uomo
 Y99 Altra malatt. genitale uomo (incl. Mammella)

COMPILATORE

nome:

firma:

