



**CARTELLA ASSISTITO**

**primo contatto**

Data primo contatto \_\_\_\_\_

Tipologia di contatto  Telefonico  Accesso diretto al PUA  Altro \_\_\_\_\_

**Nome della persona Utente (se disponibile)**

Cognome Nome	
Nato il/a	
Residente in	
indirizzo	
TELEFONO	

**Dati del richiedente**

Cognome Nome	
Tipo relazione con l'utente	
Grado di assistenza	
Residente	
indirizzo	
TELEFONO	

<b>Nome del MMG</b>	
(È stato già contattato prima dell'accesso al PUA?)	
<b>Medico specialista di riferimento</b>	

Segnalazione al PUA tramite  MMG  Ospedale/Clinica privata  Comune  
 Sito internet  Altro :

**TIPOLOGIA DELLA RICHIESTA** \_\_\_\_

Inserimento in RSA/CDI  Attivazione Ass. Domiciliare  Attivazione Percorso Riabilitativo  
 Inserimento progetto "Ritornare a casa"  Richiesta informazione sui servizi  Altro

Descrizione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DI ATTIVAZIONE**

Ricontatto telefonico  Colloquio con Assistente Sociale  Colloquio con medico di Distretto  
 invio ad altri servizi sanitari  Medicina di base  Centri Salute Mentale  Neuropsichiatria Infantile  
 Consultori Familiari  Servizio Dipendenze  Centri/Servizi di riabilitazione  
 invio ai servizi sociali del Comune  Altro

Descrizione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASL n° 7 Carbonia

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO IGLESIAS**

Direttore Dott Marco Sulcis

Tel 0781/392 2363

## CARTELLA ASSISTITO

1^ valutazione

### BREVE DESCRIZIONE DEL PROBLEMA / RACCONTO

Registrare (Situazione del chiamante: se è unico caregiver, se vi sono altre persone in famiglia, aiuti informali; Grado di urgenza percepito: dal tono della voce e dalla velocità d'eloquio ansia, paura, rabbia, calma....; area di disagio: sanitaria, sociale, psicologica...; Azioni già intraprese)

--

### SINTESI DEI BISOGNI

SOCIALI	SANITARI

ULTERIORI CONTATTI MMG specilisti famiglia altro\_\_\_\_\_

PERCORSO : - UVT ADI  
- UVT RESIDENZIALE  
- UVT RIABILITATIVA  
- UVT "RITORNARE A CASA"

