

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

PRESIDIO OSPEDALE MARTINI
CARTELLA INFERMIERISTICA
SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA

COGNOME _____ NOME _____
LUOGO DI NASCITA _____ DATA _____
RESIDENZA _____ v. _____ n° _____ Tel. _____

DATA RICOVERO ____ / ____ /202 ____ ORA _____ ESORDIO ☐ 1°RICOVERO ☐
MODALITÀ: TSO ☐ TSV ☐ _____
PROVENIENZA _____
MOTIVO DEL RICOVERO _____ Tentativo A.C. SI ☐ NO ☐
AMBULATORIO _____ MEDICO _____ INFERM. _____

STATO CIVILE _____ N°FIGLI _____ ETÀ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
ABITA CON _____
PERSONA DI RIFERIMENTO _____ Tel. _____
LINGUA PARLATA _____ NAZIONALITÀ _____ RELIGIONE _____
SCOLARITÀ _____ SERVIZIO DI LEVA SI ☐ NO ☐
PROFESSIONE SVOLTA _____
DISOCCUPATO SI ☐ NO ☐ INVALIDO SI ☐ NO ☐ _____

GRADI DI DIPENDENZA:	INDIPENDENTE	<input type="checkbox"/>	DIPENDENTE	<input type="checkbox"/>
	SEMIDIPENDENTE	<input type="checkbox"/>		
CONDIZIONI IGIENICHE:	BUONE	<input type="checkbox"/>	SCARSE	<input type="checkbox"/>
	DISCRETE	<input type="checkbox"/>		

HANDICAPS _____
PESO _____ ALTEZZA _____ FUMO: NO ☐ SI ☐ _____
USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI _____ NO ☐ SI ☐ _____
ABUSO DI FARMACI _____ NO ☐ SI ☐ _____
RISCHIO DI CONTAGIO _____
ABITUDINI ALIMENTARI _____

COMPILATO DA _____

DIMESSO IL _____ ALLE ORE _____
TRASFERITO IL _____ ALLE ORE _____ PRESSO _____

