



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO

C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Allegato 7

CARTELLA SANITARIA PAZIENTI MIGRANTI



Cartella n°

| | | | | |
|--------------------------------------|-------|------|-------------------|------|
| Cognome: | Nome: | Sex: | Data di nascita: | Età: |
| Paese di provenienza: | | | Data emigrazione: | |
| Data di arrivo a Palermo: | | | tel. personale: | |
| Indirizzo Centro Prima Accoglienza : | | | | |
| Responsabile Centro | | | tel centro : | |

| | | | | |
|------------------------------|---------------|-------------------|-----------|----|
| Coniugato/a | Celibe/Nubile | Vedovo/a | Figli: no | si |
| Familiari presenti in Italia | no | si (specificare) | | |

| | | | | |
|------------------------------------|-------------|-----------------------------------|--------|------------|
| Scolarità : primaria | secondaria | diploma | laurea | Religione: |
| Conoscenza lingue: italiano: buona | sufficiente | insufficiente ; | | |
| inglese: buona | sufficiente | insufficiente ; | | |
| francese: buona | sufficiente | insufficiente ; | | |
| lingua madre: | | Occupazione nel paese d'origine : | | |
| Richiesta PS avviata: si: | | no: | | |
| Rilasciato il: Luogo: | | motivo: | | scadenza : |
| Foglio di via: si | no | | | |

| | | | | |
|-------------------|----------|----------------------|--|---------|
| Iscrizione S.S.N. | scadenza | medico curante: tel. | | |
| codice fiscale: | | | | |
| Codice STP | n° | rilasciato: | | scade : |
| Esenzione ticket: | reddito: | patologia: | | |

CARTELLA SOCIALE

Storia familiare/ personale/ percorso migratorio

Interventi/data

Interventi/data

Interventi/data

CARTELLA CLINICA

motivo della prima visita

data

Gravidanze a termine n° Aborti spontanei IVG contraccezione

Vaccinazioni (notizie eventuali sullo stato vaccinale)

Cenni anamnestici

Problemi attivi: (indicare data ed eventuale soluzione)

Problemi inattivi:

Terapia farmacologia/ allergie:

Visita : data

Medico :

Sintomi

Es. obiettivo/es. lab/es. strumentali

Programma

Terapia:

Visita : data

Medico :

Sintomi

Es. obiettivo/es. lab/es. strumentali

Programma

Terapia:

Visita : data

Medico :

Sintomi

Es. obiettivo/es. lab/es. strumentali

Programma

Terapia:

data

Medico :

Sintomi

Es. obiettivo/es. lab/es. strumentali

Programma

Terapia:

data

Medico :

Sintomi

Es. obiettivo/es. lab/es. strumentali

Programma

Terapia: