



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: