

DISTRETTO SOCIO SANITARIO

UNITÀ DI VALUTAZIONE TERRITORIALE

SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

PAZIENTE

Cognome e Nome	<input type="text"/>
Sesso	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>
Residente a	<input type="text"/> Cap. <input type="text"/>
Via	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>
Codice Fiscale:	<input type="text"/>



Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, vie biliari-epato-pancreatiche; escluso diabete)

Diagnosi

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)

Diagnosi

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

Fegato

Diagnosi

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

Rene

Diagnosi

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)

Diagnosi

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)

Diagnosi

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

