
	<h2>CHECK LIST ACCOGLIENZA MIGRANTI</h2>

### VALUTAZIONE MIGRANTI – ACCOGLIENZA 2022

DATI ANAGRAFICI			
Cognome e nome			
Data di nascita		Sesso	
Luogo di nascita		Stato di nascita	
Cittadinanza			
Codice fiscale			
Recapito telefonico			
Tipo di documento	<input type="checkbox"/> Carta d'identità/Passaporto <input type="checkbox"/> Permesso di soggiorno <input type="checkbox"/> Cedolino <input type="checkbox"/> Attestato nominativo <input type="checkbox"/> Visto <input type="checkbox"/> Nessun documento		
Numero documento		Scadenza documento	
Richiedente protezione internazionale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	Titolare protezione internazionale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Codice STP		Codice PSU	
Comune di accoglienza			
Riferimenti			
Centro di accoglienza	Tipologia: <input type="checkbox"/> CAS <input type="checkbox"/> SAI <input type="checkbox"/> Altro..... <input type="checkbox"/> Nome centro..... <input type="checkbox"/> Indirizzo..... <input type="checkbox"/> Recapito operatore di riferimento.....		
Lingua parlata	Specificare: .....		
Lingua veicolare	<input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Altro (specificare): .....		
Conoscenza della lingua italiana	<input type="checkbox"/> alta <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> bassa <input type="checkbox"/> nessuna		
Necessità di mediatore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì, se sì lingua preferita: .....		
Scolarità	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> scuola primaria <input type="checkbox"/> scuola religiosa <input type="checkbox"/> scuola secondaria inferiore <input type="checkbox"/> scuola secondaria superiore <input type="checkbox"/> laurea		

	<h2>CHECK LIST ACCOGLIENZA MIGRANTI</h2>

DATI SUL VIAGGIO					
Data di arrivo in Italia		Luogo		N. progres.	
Data di arrivo in RER					
Paese di partenza					
Data partenza dal proprio paese					
Paesi attraversati					
Tempo di permanenza nel paese di transito					

ANAMNESI PATOLOGICA	
DATA VALUTAZIONE: .....	
Anamnesi FAMILIARE	..... ..... ..... .....
Anamnesi Patologica REMOTA	..... ..... ..... .....
Per le DONNE Anamnesi OSTETRICO-GINECOLOGICA	..... ..... .....

VALUTAZIONE STATO VACCINALE
DATA VALUTAZIONE: .....
<input type="checkbox"/> STATO VACCINALE NON DOCUMENTATO / DUBBIO
<input type="checkbox"/> NESSUNA VACCINAZIONE
<input type="checkbox"/> anti-DTP
<input type="checkbox"/> anti-MPR
<input type="checkbox"/> anti-polio

## CHECK LIST ACCOGLIENZA MIGRANTI

- anti-HBV
- anti-TB
- anti-SARS Cov-2, se sì in data: .....
- ALTRO .....

### VALUTAZIONE CLINICA E ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

DATA VALUTAZIONE: .....

- **PARAMETRI ANTROPOMETRICI:**

- PESO \_\_\_\_  ALTEZZA \_\_\_\_  BMI (calcolatore automatico) \_\_\_\_\_
- CIRCONFERENZA POLSO \_\_\_\_\_
- ✓ SPUNTA DEFICIT NUTRIZIONALI (se presenti)

- **PARAMETRI VITALI:**

- T° C \_\_\_\_\_  PA \_\_\_\_\_  FC \_\_\_\_\_  SatO2 \_\_\_\_\_
- GLICEMIA \_\_\_\_\_

- **SORVEGLIANZA SINDROMICA:**

- FEBBRE  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- PRESENZA DI SEGNI MENINGEI
- PRESENZA DI SEGNI ENCEFALITICI
- PRESENZA DI SEGNI RICONDUCCIBILI A PARALISI FLACCIDA
- PRESENZA DI CONVULSIONI
- PRESENZA DI SANGUINAMENTI SENZA EVIDENTI CAUSE
- ASTENIA
- CEFALEA

- **SCREENING COVID:**

eseguito in data: \_\_\_\_\_, esito: \_\_\_\_\_

- ALTRO .....

### VALUTAZIONE GINECOLOGICA

DATA VALUTAZIONE: .....

- Data ultima mestruazione: \_\_\_\_\_
- Test di gravidanza eseguito in data: \_\_\_\_\_, esito: \_\_\_\_\_

# CHECK LIST ACCOGLIENZA MIGRANTI

Se positivo, età gestazionale presunta: \_\_\_\_\_

STATO EVIDENTE DI GRAVIDANZA

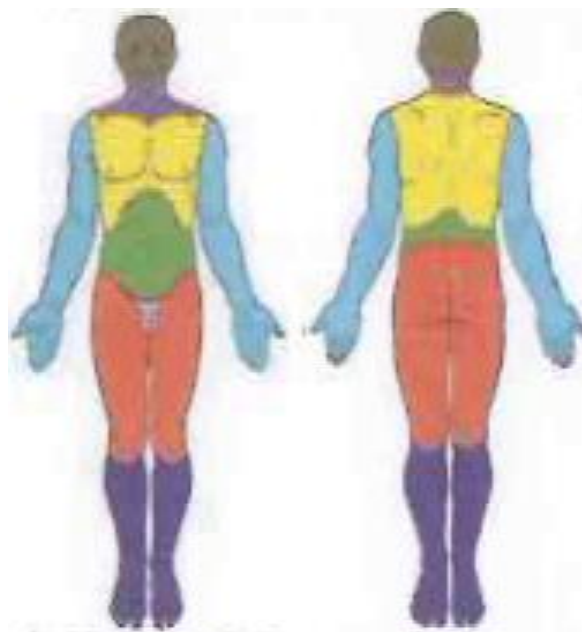
## VALUTAZIONE CUTE E ANNESSI

DATA VALUTAZIONE: .....

NIENTE DA SEGNALARE

INDICARE NELLA FIGURA LE ZONE NELLE QUALI SONO EVENTUALMENTE PRESENTI:

- LESIONI DA GRATTAMENTO      ✕
- PAPULE, VESCICOLE              ○
- ESANTEMA                              ❖
- RASH                                      \*\*
- RASH PETECCHIALE                ●
- ULCERE, ESCORIAZIONI           #
- DESQUAMAZIONE, DISIDROSI    ~~~
- ECTOPARASSITI                      ✓
- ITTERO
- PRURITO
- CICATRICI
- LESIONI DA ARMA
- ALTRO .....
- .....
- .....
- .....
- .....



## VALUTAZIONE STAZIONI LINFONODALI

DATA VALUTAZIONE: .....

NIENTE DA SEGNALARE

CERVICALI, RETRNUCALI     SOTTOMANDIBOLARI     ASCELLARI     INGUINALI

.....

## VALUTAZIONE PNEUMOLOGICA

DATA VALUTAZIONE: .....

## CHECK LIST ACCOGLIENZA MIGRANTI

NIENTE DA SEGNALARE

INDICARE EVENTUALE PRESENZA DEI SEGUENTI SEGNI O SINTOMI PER SOSPETTA TB:

TOSSE PERSISTENTE DA ALMENO 2-3 SETTIMANE

PRODUZIONE ESPETTORATO

EMOFTOE

DOLORE TORACICO

FEBBRICOLA DA OLTRE 7 GIORNI

SUDORAZIONI NOTTURNE

ASTENIA

FARINGITE

DISPNEA

RUMORI RESPIRATORI.....

ALTRO .....

✓ SPUNTA SOSPETTA TB (se presente)

### SCREENING TUBERCOLOSI

DATA VALUTAZIONE: .....

NIENTE DA SEGNALARE

TEST MANTOUX

data esecuzione: \_\_\_\_\_, esito: \_\_\_\_\_

TEST QUANTIFERON

data esecuzione: \_\_\_\_\_, esito: \_\_\_\_\_

RX TORACE

data esecuzione: \_\_\_\_\_, esito: \_\_\_\_\_

HRTC TORACE

data esecuzione: \_\_\_\_\_, esito: \_\_\_\_\_

BAL

data esecuzione: \_\_\_\_\_, esito: \_\_\_\_\_

✓ SPUNTA TB ACCERTATA (se presente)

### SOSPETTE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

DATA VALUTAZIONE: .....

NIENTE DA SEGNALARE

secrezioni vaginali, cervicali o uretrali

disuria

linfadenopatie inguinali

ulcere genitali

ulcere orali

rash cutanei

✓ SPUNTA SOSPETTA IST (se presente)

## CHECK LIST ACCOGLIENZA MIGRANTI

### SCREENING MALATTIE INFETTIVE

DATA VALUTAZIONE: .....

NIENTE DA SEGNALARE

emocromo con formula data: \_\_\_\_\_, esito: \_\_\_\_\_

HBV data: ..... esito: .....

HVC data: ..... esito: .....

HIV data: ..... esito: .....

SIFILIDE data: ..... esito: .....

PARASSITOSI INTESTINALE/URINARIA:

STRONGILOIDIASI

Come da documento

Non eseguito

Eseguito in data \_\_\_\_\_, esito \_\_\_\_\_

SCHISTOSOMIASI

Come da documento

Non eseguito

Eseguito in data \_\_\_\_\_, esito \_\_\_\_\_

### VALUTAZIONE CARDIOVASCOLARE

DATA VALUTAZIONE: .....

NIENTE DA SEGNALARE

ALTRO .....

### VALUTAZIONE GASTRO-INTESTINALE E UROLOGICA

DATA VALUTAZIONE: .....

NIENTE DA SEGNALARE

INDICARE EVENTUALE PRESENZA DEI SEGUENTI SEGNI O SINTOMI:

DIARREA (NOTA 1) SE SÌ INDICARE IL N° DI SCARICHE / DIE: .....

NAUSEA       VOMITO       DOLORE ADDOMINALE

SANGUE NEL VOMITO       SANGUE NELLE FECI

## CHECK LIST ACCOGLIENZA MIGRANTI

- MUCO O PUS NELLE FECI  
 PRURITO             EMATURIA  
 ALTRO .....

✓ SPUNTA SOSPETTA PARASSITOSI (se presente)

(NOTA 1): => 3 EVACUAZIONI/DIE (O NUMERO DI SCARICHE > AL SOLITO) CON FECI NON CONFORMATE O LIQUIDE (SE NORMOCONFORMATE **NON** è DA CONSIDERARE TALE)

### VALUTAZIONE METABOLICA

DATA VALUTAZIONE: .....

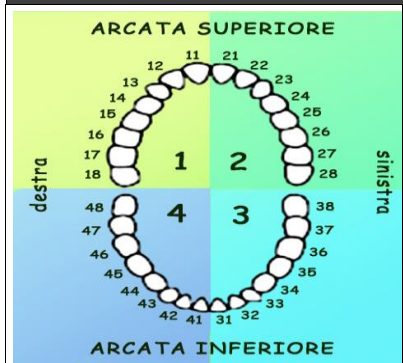
- NIENTE DA SEGNALARE  
 SEGNI E/O SINTOMI DM  
 ALTRO.....

### VALUTAZIONE EMATOLOGICA

DATA VALUTAZIONE: .....

- NIENTE DA SEGNALARE  
 SEGNI E/O SINTOMI ANEMIE  
 ALTRO.....

### VALUTAZIONE ODONTOIATRICA



DATA VALUTAZIONE: .....

- NIENTE DA SEGNALARE  
 PATOLOGIE INFIAMMATORI ACUTE  
 CONDIZIONI CHE RENDONO DIFFICOLTOSA LA MASTICAZIONE  
 ALTRO.....

### VALUTAZIONE VISUS E UDITO

DATA VALUTAZIONE: .....

## CHECK LIST ACCOGLIENZA MIGRANTI

NIENTE DA SEGNALARE

PRESENTI DEFICIT

ALTRO .....

### VALUTAZIONE PSICOLOGICA, PSICHIATRICA, VIOLENZE SUBITE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

DATA VALUTAZIONE: .....

NIENTE DA SEGNALARE

Nell'ultimo mese:

1. Ha avuto problemi con il sonno facendo fatica ad addormentarsi o svegliandosi spesso o troppo presto?  
 Sì  NO
2. Le è capitato di fare brutti sogni?  
 Sì  NO
3. Le è capitato di avere incubi che l'hanno fatta svegliare angosciato?  
 Sì  NO
4. Durante il giorno le è capitato di sentirsi insicuro e spaventato?  
 Sì  NO
5. Durante il giorno le è capitato di sentirsi strano?  
 Sì  NO
6. Sta spesso da solo e non ha tanti amici e/o persone che conosce?  
 Sì  NO
7. Ha notato di fare fatica a concentrarsi e a ricordare le cose?  
 Sì  NO
8. Le è capitato di avere la sensazione che il cuore battesse troppo veloce (palpitazioni), di avere tremori, mal di testa?  
 Sì  NO
9. Si è sentito triste e le è capitato di piangere spesso?  
 Sì  NO
10. Le è capitato di arrabbiarsi più spesso del solito e di sentirsi irritato?  
 Sì  NO
11. Le è capitato di bere alcolici più del solito o di usare sostanze stupefacenti?  
 Sì  NO
12. Le è capitato di avere comportamenti che l'hanno messa a rischio?  
 Sì  NO

ALTRO DA SEGNALARE:

- VITTIMA DI TRATTA DI TIPO SESSUALE  Sì  NO



## CHECK LIST ACCOGLIENZA MIGRANTI

- PERSONA CHE HA SUBITO TORTURE, STUPRI, ALTRE FORME DI VIOLENZA FISICA,  
PSICOLOGICA, SESSUALE  SÌ  NO
- SOSPETTO O PREGRESSO USO DI SOSTANZE E/O TOSSICODIPENDENZA  SÌ  NO

RICHIESTA CONSULENZA PSICHIATRICA

### EVENTUALI TERAPIE

DATA VALUTAZIONE: .....

NIENTE DA SEGNALARE

TERAPIA IN ATTO

TERAPIA PRESCRITTA

### ACCERTAMENTI RICHIESTI

### AUSL DI PRESA IN CARICO

### NOTE

**CHECK LIST ACCOGLIENZA  
MIGRANTI**

.....  
.....

**DIARIO E FOLLOW-UP**

.....  
.....  
.....

**Il medico**

**Data, .....**

.....