

CERTIFICATO MEDICO

Il presente certificato deve essere compilato dal medico curante ed è condizione necessaria per l'accoglimento della domanda.

COGNOME E NOME.....NATO A.....

IL.....RESIDENTE A.....IN VIA.....

* CONIUGATO/A

* VEDOVO

* CELIBE/NUBILE

STATO DI FAMIGLIA ATTUALE: *Solo *Con familiari *In Casa di Riposo

MEDICO CURANTE.....

N.S.S.N. N. ESENZIONE TICKET.....

ANAMNESI FISIOLÓGICA:

Scolarità.....

Lavoro antecedente.....

Gravidanze.....Diete particolari.....

Digestione.....

Alvo.....

Diuresi.....

Assume alcolici (quantità).....Fuma (n.).....

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:

Specificare in ordine cronologico: malattie, interventi chirurgici, ricoveri ospedalieri

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

STATO DI SALUTE ATTUALE:

- Condizioni psichiche neurosensoriali: *lucidità *fasi di confusione/disorientamento
- *persistente disorientamento *fasi di agitazione psico-motoria *delirio
- Apparato cardiovascolare.....
- Apparato respiratorio.....
- Apparato digerente.....
- Incontinenza: *assente *occasionale *abituale *doppia *catetere
- Deambulazione: *autonoma *accompagnamento *carrozzella *allettato/a
- Igiene personale: *da solo *piccolo aiuto *totale dipendenza
- Alimentazione: *da solo *piccolo aiuto *totale dipendenza
- Si alza da letto: *da solo *piccolo aiuto *totale dipendenza
- Usa il WC: *da solo *piccolo aiuto *totale dipendenza
- Decubiti: *assenti *iniziali *gravi
- Necessita di altri interventi infermieristici.....
- Data ultimi esami eseguiti.....
- Eventuali dati patologici.....
- Eventuali malattie infettive(VDRL, HCV, HBV, TBC).....
- Eventuali allergie a farmaci.....

TERAPIA ATTUALE

.....

.....

.....

GIUDIZIO DI SINTESI

- * Autosufficiente * parzialmente autosufficiente * non autosufficiente

Data.....

Firma e timbro del Medico

.....