Richiedente (Parente o Famigliare): Sig./Sig.ra ……

residente a ……Via ……

Telefono: ……

CERTIFICATO MEDICO
per l'ammissione

ESITO DELLA VISITA MEDICA praticata al/la Sig./Sig.ra ……

nato/a …… il ……

residente a …… Via ……

Indennità di Accompagnamento si no

Notizie Preliminari
da quanti anni ha in cura il/la paziente?
- ☐ paziente occasionale
- ☐ da pochi mesi
- ☐ da qualche anno
- ☐ da molti anni

ANAMNESI

……

……

RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI DUE ANNI

Ricoveri n. …….. giorni complessivi di ricovero (circa) ……
malattie che l'/gli hanno determinato/i ……

……

……

ULTIMO ricovero ospedaliero: data di entrata …… data di dimissione …… diagnosi:

……

……

……

NOTIZIE SULLO STATO PSICHICO E MENTALE

L'anziano:
- è adatto/a alla vita comunitaria?…… ☐ SI ☐ NO
- è agitato/a?…… ☐ SI ☐ NO
- è vigile?…… ☐ SI ☐ NO
- è provvisto/a di capacità critica?…… ☐ SI ☐ NO
- possiede la memoria recente?…… ☐ SI ☐ NO
- possiede la memoria remota?…… ☐ SI ☐ NO
- ha l'orientamento spazio-temporale?…… ☐ SI ☐ NO
- è soggetto/a a forti crisi depressive?…… ☐ SI ☐ NO
- è stato/a ricoverato/a in case di cura per malattie mentali?…… ☐ SI ☐ NO
- è stato/a o è seguito/a dai Centri d'Igiene Mentale?…… ☐ SI ☐ NO

SCHEDA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA

cognome …….…….. nome ……..……

nato/a a ……. il ……..…..

residente a …….…… Via ……

Autosufficiente	Semi-Autosufficiente	Non Autosufficiente	Peso Kg. ……..

E' in grado di collaborare? ☐ SI ☐ NO

Mobilità
- Può salire o scendere le scale ☐ SI ☐ NO
- Può camminare da solo/a ☐ SI ☐ NO
- Può camminare con aiuto ☐ SI ☐ NO
- Può camminare con protesi ☐ SI ☐ NO
- Si sposta con carrozzella ☐ SI ☐ NO
- Allettato/a ☐ SI ☐ NO da quanto ……..
- Presenza di Piaghe ☐ SI ☐ NO

- Si veste da solo ☐ SI ☐ NO ☐ SI con aiuto
- Si lava ☐ SI ☐ NO ☐ SI con aiuto
- Mangia da solo ☐ SI ☐ NO ☐ SI con aiuto
- Scrive ☐ SI ☐ NO
- Utilizza da solo i servizi igienici ☐ SI ☐ NO
- Legge ☐ SI ☐ NO

Psiche integra ☐ SI ☐ NO
Con fasi di confusione ☐ SI ☐ NO
Con fasi di disorientamento ☐ SI ☐ NO
Con fasi di agitazione psico-motoria ☐ SI ☐ NO

Sensorio
- Cecità ☐ SI ☐ NO — Ipovisus ☐ SI ☐ NO
- Sordità ☐ SI ☐ NO — Ipoacusia ☐ SI ☐ NO
- Mutismo ☐ SI ☐ NO — Disartria ☐ SI ☐ NO
- Disfagia ☐ SI ☐ NO — Afagia ☐ SI ☐ NO

Contingenza Sfinteri
Incontinenza vescicale ☐ SI ☐ NO porta catetere ☐ SI ☐ NO
Incontinenza anale ☐ SI ☐ NO

GIUDIZIO COMPLESSIVO e SCHEDA DI TERAPIA IN ATTO……
……
……

Data……..Firma del Medico ……