| | | | |
|---|---|---|---|
| COOSS | ***Centro Residenziale San Francesco***<br>Via Illica, 2/4 - Marotta<br>61037 Mondolfo<br>Telefono e Fax: 0721 - 968016 | | **Certificato medico per ammissione**<br>**PE 53C46**<br>**rev 01**<br>**20/04/2023** |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| COOSS | ***Centro Residenziale San Francesco***<br>Via Illica, 2/4 - Marotta<br>61037 Mondolfo<br>Telefono e Fax: 0721 - 968016 | | **Certificato medico per ammissione**<br>**PE 53C46**<br>**rev 01**<br>**20/04/2023** |

# 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……
……
……

Firma del Medico ……