

CERTIFICAZIONE MEDICA

rilasciata a richiesta del/la diretto/a interessato/a da allegare alla domanda di ospitalità presso la Residenza per Anziani

In qualità di medico curante certifico che:

il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

tessera sanitaria n. _____

esenzione ticket per patologia: _____

invalidità civile: no

in attesa di visita

riconosciuta in data _____ percentuale _____

con assegno di accompagnamento

non presenta alla data odierna malattie infettive o diffuse, tali da pregiudicare la convivenza in comunità per anziani e, per quanto mi è dato conoscere, presenta la seguente situazione:

a) **l'anamnesi e le condizioni attuali sono le seguenti:**

b) **condizioni psichiche:**

lucide

fasi di confusione e disorientamento

persistente disorientamento spazio-temporale fasi di agitazione psicomotoria

c) **memoria:**

normale

occasionalmente smemorato

smemorato

d) **orientamento:**

completo

confuso

totalmente disorientato

e) **comunicazione:**

sempre chiara

esprime le proprie necessità

non in grado di esprimersi

f) **irrequietezza:**

assente

diurna

notturna

diurna e notturna

g) **cure mediche:**

continue

periodiche

saltuarie

nulle

attualmente è in terapia con:

h) **cure infermieristiche:**

continue

periodiche

saltuarie

nulle

- i) **igiene personale:**
 autonoma aiuto minimo in bagno non autonoma
- j) **alimentazione:**
 autonoma piccolo aiuto necessità d'imboccamento
- k) **diabete:**
 presente assente
- l) **incontinenza urinaria:**
 assente occasionale abituale catetere

Incontinenza fecale:

assente occasionale

necessità di pannoloni

si no

se sì: codice _____ tipo _____ quantità _____
 fornitura Asl sì no

- m) **decubito:**
 assente iniziale grave multiplo
- n) **deambulazione:**
 cammina da solo/a con aiuto con girello si sposta in carrozzella
 immobilizzato/a a letto necessità dell'ascensore usa le scale da solo/a
 eventuale motivo della ridotta mobilità: _____

cadute frequenti sì no
 cadute occasionali sì no

necessita assistenza continua sì no
 necessita sorveglianza continua sì no

altri presidi: _____

mezzi di contenzione: sbarre cinture altro

- o) **notizie generali:**
 apparato circolatorio: _____
 apparato respiratorio: _____
 apparato digerente: _____
 apparato urogenitale: _____
 apparato endocrino: _____
 apparato osteoarticolare: _____
 psiche e sistema nervoso: _____
- udito: _____
 vista: _____
 pressione arteriosa: min _____ max _____
 allergie: _____

- p) **attività giornaliera:**
- | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| legge il giornale | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| guarda la televisione | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| è rissoso/a | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| soffre d'insonnia | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| ama stare in compagnia | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| è fumatore/trice | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |

sulla base di quanto sopra esposto il/la paziente:

può essere alloggiato/a:

camera singola camera doppia

può fare vita di comunità: si no

Allegati:

referti clinici, esami strumentali e di laboratorio, cartella clinica si no

data: _____

Timbro e firma leggibile _____

Recapito telefonico _____