

CERTIFICAZIONE SANITARIA

(allegata alla domanda di ammission e presso la Casa di Riposo di _____)
(Riservata al Medico curante)

Signor/a	Nato/a il
a	domicilio
Via	Tel.
CRA	Tipo esenzione
Codice Fiscale	

Persona di riferimento giuridico _____ Tel. e orario _____

ANAMNESI FISIOLOGICA

<p>Alimentazione</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Scarsa <input type="checkbox"/> 2 Normale <input type="checkbox"/> 3 Abbondante</p> <p>.....</p>	<p>Intolleranza</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Farmacologica <input type="checkbox"/> 2 Alimentare</p> <p>.....</p>
<p>Alvo</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Regolare <input type="checkbox"/> 2 Stitico <input type="checkbox"/> 3 Diarroico <input type="checkbox"/> 4 Alternato <input type="checkbox"/> 5 Ano preternaturale</p> <p>.....</p>	<p>Incontinenza fecale</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Assente <input type="checkbox"/> 2 Occasionale <input type="checkbox"/> 3 Stabile</p> <p>.....</p>
<p>Diuresi</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Regolare <input type="checkbox"/> 2 Oliguria <input type="checkbox"/> 3 Poliuria <input type="checkbox"/> 4 Nicturia <input type="checkbox"/> 5 Pollachiuria <input type="checkbox"/> 6 Disuria</p> <p>.....</p>	<p>Incontinenza urinaria</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Assente <input type="checkbox"/> 2 Occasionale <input type="checkbox"/> 3 Incontinenza da sforzo <input type="checkbox"/> 4 Incontinenza da limitazione motoria <input type="checkbox"/> 5 Solo notturna <input type="checkbox"/> 6 Stabile</p> <p>Catetere <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>.....</p>

Consumo di alcolici	<input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Moderato <input type="checkbox"/> 3 Abbondante <input type="checkbox"/> 4 Etilismo
Fumo	<input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Sigari/Pipa <input type="checkbox"/> 3 Sigarette <input type="checkbox"/> Moderato (fino a 10/die) <input type="checkbox"/> Elevato (da 10 a 20/die) <input type="checkbox"/> Eccessivo (+ di 20/die)	In passato ha fumato? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sigari/Pipa <input type="checkbox"/> Sigarette Quante? _____ e per quanto tempo? _____
Sonno	<input type="checkbox"/> 1 Normale <input type="checkbox"/> 2 Difficoltà nell'induzione <input type="checkbox"/> 3 Frequenti interruzioni <input type="checkbox"/> 4 Risveglio precoce <input type="checkbox"/> 5 Insonnia grave <input type="checkbox"/> 6 Ipersonnia

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (Con particolare riferimento ai ricoveri precedenti)

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA
Il paziente ha malattie infettive in atto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si quali? _____

Si allegano i referti dei seguenti esami effettuati negli ultimi tre mesi:

- 1 HBsAg
- 2 ANTI HCV
- 3 ANTI HIV 1° e 2°
- 4 RX TORACE

Si richiede inoltre l'attestazione di avvenuta
VACCINAZIONE ANTITETANICA

ESAME OBIETTIVO

Condizioni psico fisiche generali _____

Vista _____

Udito _____

Stato psichico _____

Sistema nervoso _____

Minorazioni psico fisiche _____

Deambulazione _____

Cute (possibilmente aggiungere stadiazione di ulcere da decubito o trofiche ed eventuali trattamenti) _____

Altri apparati (segni rilevanti) _____

Eventuali terapie farmacologiche (e/o altro tipo) e dieta _____

**Paziente seguito
in/da**

- Assistenza Programmata Domiciliare
- Assistenza Domiciliare Integrata (secondo Accordo Collettivo Nazionale)
- Servizio Infermieristico Domiciliare
- Servizio di Riabilitazione Domiciliare
- Nessuna delle precedenti
- Altro (specificare) _____

VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA

Per vestirsi:

- Prende i vestiti e li indossa senza aiuto
- Necessita solo di supervisione e/o stimolazione
- Riceve aiuto per allacciarsi le scarpe o per abbottonarsi
- Viene aiutato/a in parte o del tutto

Alimentazione:

- Si nutre da solo senza aiuto
- Si nutre da solo ma necessita di aiuto per tagliare la carne o versarsi da bere
- Riceve aiuto per alimentarsi

Muoversi:

- Si muove da solo entro e fuori casa
- Cammina da solo con aiuto o con appoggi ma solo dentro casa (eventuali presidi usati)
- Non è in grado di camminare

Per farsi il bagno:

- Non abbisogna di alcun aiuto
- Riceve aiuto solo per lavarsi una parte del corpo
- Riceve aiuto per lavarsi più di una parte del corpo o per farsi il bagno

Uso dei servizi igienici

- Fa uso autonomo dei servizi provvedendo all'igiene intima
- Viene aiutato/a ad usufruire servizi e a provvedere all'igiene intima
- Non è in grado di recarsi ai servizi igienici

Continenza:

- È in grado di controllare gli sfinteri
- Ha perdite occasionali
- Ha necessità di un catetere
- È incontinente o portatore di ileostomia

(Timbro e firma del Medico)

Data _____

Avvertenza: compilare il certificato in modo completo e dettagliato, barrando la casella