

## 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

.....