

**CERTIFICAZIONE SANITARIA PER L'ACCOGLIMENTO NELLE STRUTTURE PER ANZIANI
CONVENZIONATE A GESTIONE DIRETTA
CERTIFICAZIONE MEDICA**

COGNOME..... NOME.....Sesso M F

Nat... il..... a..... C.R.A

residente a Via

INVALIDITA' CIVILE Sì ☐ NO ☐

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO Sì ☐ NO ☐

Se no, intendono presentare domanda? Sì ☐ NO ☐

Se sì, quando è stata inoltrata la domanda all'INPS?

FORNITURA AUSILI AD ASSORBENZA Sì ☐ NO ☐

NOTE ANAMNESTICHE prossime e remote (segnalare eventuali allergie):

DIAGNOSI:

TERAPIA in corso:

SCHEDA ASSISTENZIALE

DEAMBULAZIONE: Autonoma ☐ Bastone/i ☐ Girello ☐ Impossibile ☐
Se, Si alza autonomamente in carrozzina ☐
deve essere alzato in carrozzina ☐ è costantemente allettato ☐

ELIMINAZIONE: E' incontinente? No ☐ deve essere accompagnato in bagno? SI ☐ NO ☐
Sì ☐ Urine ☐ Feci ☐ Urine/Feci ☐
Uso di: Pannolone ☐ Condom ☐ Catetere a permanenza ☐
Alvo: Regolare ☐ Diarroico ☐ Stitico ☐
Uso saltuario di lassativi ☐ Uso regolare di lassativi ☐

HA PIAGHE DA DECUBITO? NO ☐ SI ☐

Se Sì in quale zone e grado? _____

Trattamento attuale _____

ALIMENTAZIONE: Autonoma ☐ Con piccolo aiuto ☐ Totalmente dipendente ☐
Alimentazione enterale con sondino gastrico ☐
Denti propri ☐ Protesi ☐ Edentulo ☐
Dieta: Solida ☐ Semiliquida ☐ Liquida ☐
Diete speciali: _____

IGIENE PERSONALE: Autonoma ☐ Con piccolo aiuto ☐ Totalmente dipendente ☐
Si veste da solo ☐ Piccolo aiuto ☐ Totalmente dipendente ☐

SONNO-VEGLIA: Normale ☐ Insonnia ☐ Iperinsonnia ☐
Inversione ritmo sonno/veglia ☐ Alterato ☐

COMPORTAMENTO: Tranquillo ☐ Agitato, disturba la comunità ☐ Aggressivo ☐
Tende a fuggire ☐ Confuso/disorientato ☐ Vagabondaggio ☐

RIABILITAZIONE: Non necessaria ☐ necessita di fisioterapia ☐

Se sì quali interventi? _____

Giudizio complessivo: AUTOSUFFICIENTE ☐ NON AUTOSUFFICIENTE ☐
Il giudizio ufficiale di autosufficienza o non autosufficienza verrà dato in sede di U. V. D.

Data _____

Timbro e firma del medico curante