

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

CERTIFICAZIONE MEDICA

Cognome e Nome.....

Residente aC.R.A.....

Nato/a a..... il.....

NOTE ANAMNESTICHE:

DIAGNOSI:

TERAPIA:

INVALIDITA' CIVILE:

Sì NO

Se NO Presentato domanda di invalidità? Sì NO

Se SI Quando?

ACCOMPAGNAMENTO: Sì

NO

SCHEDA ASSISTENZIALE

DEAMBULAZIONE: Autonoma Bastone/i Girello * Impossibile

Se * : si alza autonomamente in carrozzina
deve essere alzato in carrozzina
è costantemente allettato

ELIMINAZIONE: è incontinente? No → deve essere accompagnato in bagno? Sì 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 SI in quali zone e di quale grado? _____

Trattamento attuale? _____

ALIMENTAZIONE: Autonoma Con piccolo aiuto Totalmente dipendente

Alimentazione enterale con sondino gastrico

Denti propri Protesi Edentulo

Dieta Solida Semisolida liquida 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

COMPORTEMENTO: Tranquillo Agitato, disturba la comunità Aggressivo

Tende a fuggire Confuso/disorientato Vagabondaggio

RIABILITAZIONE: Non necessaria * necessita di fisioterapia

Se * quali interventi? _____

Giudizio complessivo: AUTOSUFFICIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

Il giudizio ufficiale di non autosufficienza verrà dato in sede di Unità di Valutazione Distrettuale.

Data _____

_____ Timbro e firma del medico curante