|  |
| --- |
| **Certificazione medica per il ricovero nella Casa di Riposo** |

|  |  |
| --- | --- |
| del/della sig./sig.ra |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nato/a il |  | a |  |

|  |
| --- |
| Prego compilare tutte le domande; barrare una delle caselle. |

|  |
| --- |
| **1. . Condizioni generali:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| può camminare: | si | no |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| serve l’aiuto del bastone |  | deve essere accompagnata |  | serve la sedia a rotelle |  | necessità degenza |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| per mangiare: | è autonomo/a | serve aiuto | non in grado |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| per vestirsi e svestirsi: | è autonomo/a | serve aiuto | non in grado |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| per lavarsi: | è autonomo/a | serve aiuto | non in grado |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| usa il gabinetto: | è autonomo/a | serve aiuto | non in grado |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| incontinenza urinaria: | si | saltuaria | no | cateriz. permanente |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| udito: | buono | ridotto | apparecchio acustico |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vista: | buona | ridotta lieve | gravemente ridotta |

|  |
| --- |
| **3. Stato psichico:** |

|  |
| --- |
| orientamento: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nel tempo: | vigile | lievemente alterato | assente |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nel luogo: | vigile | lievemente alterato | assente |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| memoria | vigile | scarsa | schwer gestört |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| socializzazione: | normale | liev. compromessa | grav. compromessa |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| etilismo: | no | lieve | grave |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| emotività: | equilibrata | depressa | agitata |
|  | compromessa | ansiosa-delirante | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Comportamento notturno: |  | tranquillo | spesso irrequieto |

|  |  |
| --- | --- |
| Storia clinica (note anamnestiche) |  |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnosi attuale: |  |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Terapia attuale: |  |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| È necessaria una dieta speciale? | si | no |

|  |  |
| --- | --- |
| Se sì, quale? |  |
|  | |

|  |
| --- |
| Consiglio del medico per eventuali terapie (fisioterapia, logopedia, richiede la cura del servizio psichiatrico). |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome del medico di famiglia |  |

|  |
| --- |
| Non risulta che il paziente soffra di malattie infettive. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Luogo e data |  | Timbro e firma del medico |

Allegati:

• Relazione medica riassuntiva

• Relazione medica sul comportamento a casa/in ospedale

• Copia schede dimissione da strutture ospedaliere