

CERTIFICAZIONE MEDICA DI ACCESSO A RESIDENZA PER ANZIANI

Da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Il ____ / ____ / ____

PATOLOGIE DI AREA MEDICA	Ricovero ospedaliero	Anno	Eventuali sequele

PATOLOGIE DI AREA CHIRURGICA	Intervento	Anno	Eventuali postumi

PATOLOGIE DI AREA TRAMATOLOGICA ORTOPEDICA	Intervento	Anno	Eventuali postumi

VISTA

- normale
- corretta
- non vedente

PAROLA

- normale
- disartria
- afasia

UDITO

- normale
- ipoacusia
- corretta
- non corretta

DEAMBULAZIONE

- spontanea
- assistita

PIAGHE DA DECUBITO

- assenti
- presenti
 - una sede _____ stadio _____
 - più sedi _____ stadio _____

DEFICIT FUNZIONALE:

- Incontinenza
 - urinaria
 - prevalentemente notturna
 - da urgenza
 - diurna saltuaria
 - notturna e diurna
 - fecale
 - globale
- Ritenzione cronica d'urina
 - vescica neurogena
 - stenosi uretrale
- Colostomia
 - specificare intervento eseguito _____
- Ileostomia
 - specificare intervento eseguito _____
- Urostomia
 - Ureterocutaneostomia singola
 - specificare intervento eseguito _____
 - Ureterocutaneostomia bilaterale
 - Neovescica ileale

STATO NUTRIZIONALE

- nella norma
- deficit nutrizionale moderato
- obesità
- in nutrizione enterale
- grave
- parenterale

NECESSITA' DI SUPPORTO RESPIRATORIO

- tracheotomia
- ossigenoterapia continua
- broncoaspirazione
- ventiloterapia

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Terapia attuale:

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

PROTESI ED AUSILI

Il richiedente non presenta segni clinici di malattie infettive in atto e può vivere in comunità. SI
NO

Data.../.../....

Timbro e firma del Medico
