

CASA FAMIGLIA “*FELICI INSIEME*” - Via Medici - angolo Via Borgo Francone  
n°2 - 23030 CHIURO (SO)

CERTIFICAZIONE MEDICA DA PRESENTARE PER L'INGRESSO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA ( patologie importanti ed eventuali ricoveri, allergopatie, traumi ed esiti,  
interventi chirurgici, patologie psichiatriche.....):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESAME OBIETTIVO**

Apparato cardiorespiratorio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Necessita di ossigeno Sì

No

Apparato gastroenterico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apparato genito - urinario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apparato neuromuscolare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apparato osteoarticolare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Apparato endocrino: \_\_\_\_\_

Cute ed annessi: \_\_\_\_\_

Occhi: \_\_\_\_\_

Orecchie: \_\_\_\_\_

Bocca e rinofaringe: \_\_\_\_\_

P.A. \_\_\_\_\_ PESO : Kg. \_\_\_\_\_ ALTEZZA : \_\_\_\_\_

ABITUDINI: Fumatore NO \_ SI \_ Quante sigarette al giorno ? \_\_\_\_\_

Fa uso di alcolici ? NO \_ SI \_ Modica quantità \_

Alcoolista \_

Fa uso di sostanze stupefacenti ? NO \_ SI \_ Quali ? \_\_\_\_\_

VACCINAZIONI: antitetanica NO \_ SI \_ date somm.ne \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

antinfluenzale NO \_ SI \_ data somm.ne \_\_\_\_\_

Altre vaccinazioni: \_\_\_\_\_

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TERAPIA ATTUALE E POSOLOGIA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **NOTIZIE DI INTERESSE ASSISTENZIALE**

DEAMBULAZIONE: Autonoma \_ Bastone /i \_ Girello \_ \* Impossibile \_

Se \* : si alza autonomamente in carrozzina \_

deve essere alzato in carrozzina \_

è costantemente alettato \_

ELIMINAZIONE: è incontinente ? NO \_  deve essere accompagnato in bagno ? SI \_ NO \_

Si \_  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 \* in quali zone e di che grado ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trattamento attuale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALIMENTAZIONE : Autonoma \_ con piccolo aiuto \_ deve essere imboccato \_

Alimentazione enterale con sondino naso gastrico \_

Denti propri \_ Protesi \_ Edentulo \_

Dieta: solida \_ semisolida \_ liquida \_

Diete speciali: \_\_\_\_\_

IGIENE PERSONALE: autonoma \_ piccolo aiuto \_ total. dipendente \_

si veste: da solo \_ piccolo aiuto \_ totalmente dipendente \_

RITMO SONNO/SVEGLIA: normale \_ insonnia \_ ipersonnia \_

inversione ritmo sonno/veglia \_

COMPORAMENTO: tranquillo \_ agitato, disturba la comunità \_ aggressivo \_

confuso/disorientato \_ tende a fuggire \_ ( vagabondaggio \_ )

RIABILITAZIONE: non necessaria \_ \*necessita di fisioterapia \_

se\* quali interventi? \_\_\_\_\_

Si dichiara che il Paziente è: --Autosufficiente -- Parzialmente Autosufficiente -- Non autosufficiente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_

**Qualora all'atto dell'ingresso le condizioni di salute risultino diverse da quelle indicate nella presente certificazione, l'Amministrazione si riserva la facoltà di non accogliere l'ospite. Al momento dell'ingresso vanno allegare le fotocopie dei documenti relativi ad eventuali ricoveri ospedalieri.**

PARTE RISERVATA ALLA CASA FAMIGLIA

Sulla scorta dei dati emersi, il/la signor/a \_\_\_\_\_

PUO' ESSERE ACCOLTO nel reparto \_\_\_\_\_

Letto: \_\_\_\_\_

NON PUO' ESSERE ACCOLTO PERCHE' \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Il Responsabile della Casa di Riposo

DATA INGRESSO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ POSTO LETTO : dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

TOTALE GIORNI POSTO LETTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/

ANNOTAZIONE E COMUNICAZIONI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_