

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI NR. 4 "MEDIO FRIULI"
CERTIFICAZIONE SANITARIA PER L'ACCOGLIMENTO NELLE STRUTTURE
PER ANZIANI CONVENZIATE E A GESTIONE DIRETTA

CERTIFICAZIONE MEDICA

Cognome e nome _____

residente _____ luogo di nascita _____

data di nascita _____ C.R.A. _____

NOTE ANAMNESTICHE _____

DIAGNOSI _____

TERAPIA _____

INVALIDITA' CIVILE **SI** **NO**
 Se NO Presentato domanda **SI** **NO**

 Se SI Quando? _____

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO **SI** **NO**

SCHEDA ASSISTENZIALE

DEAMBULAZIONE: Autonoma Bastone/i Deambulatore * Impossibile
Se *: si alza autonomamente in carrozzina
dev'essere alzato in carrozzina
è costantemente allettato

ELIMINAZIONE: è incontinente? NO viene accompagnato in bagno? SI NO
Feci Urine/Feci
Uso di: pannolone condom catetere a permanenza
Alvo: regolare diarroico stitico
uso saltuario di lassativi uso regolare di lassativi

PIAGHE DA DECUBITO: NO SI
Se SI, in quali zone e di che grado? _____

Trattamento attuale: _____

ALIMENTAZIONE: Autonoma con piccolo aiuto totalmente dipendente
con sondino naso – gastrico P.E.G.
Denti propri Protesi Edentulo
Dieta: solida semisolida liquida
Diete speciali: _____

IGIENE PERSONALE: autonoma piccolo aiuto totalmente dipendente
vestizione: autonoma piccolo aiuto total. dipendente

SONNO/VEGLIA: normale insonnia ipersonnia inversione ritmo

COMPORAMENTO: 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 autosufficienza o non autosufficienza verrà dato in sede di Unità di Valutazione Distrettuale.

Data _____

Timbro e firma del Medico Curante
