



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

## CERTIFICATO MEDICO PER L'AMMISSIONE

Esito della visita medica eseguita il \_\_\_\_\_

Nome del richiedente \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### NOTIZIE PRELIMINARI

Da quanti anni cura il/la paziente?

- Paziente occasionale
- Da qualche anno
- Da pochi mesi
- Da molti anni

### ANAMNESI

---

---

---

---

### RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI DUE ANNI

Numero di ricoveri: \_\_\_\_\_ Giorni di ricovero: \_\_\_\_\_

Condizioni che hanno determinato i ricoveri:

---

---

---

Ultimo ricovero ospedaliero:

Data di ingresso \_\_\_\_\_ data di dimissione \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

---



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

**NOTIZIE SULLO STATO PSICHICO E MENTALE**

L'anziano:

È agitato?

- Sì
- No

È vigile?

- Sì
- No

È provvisto di capacità critica?

- Sì
- No

Possiede la memoria recente

- Sì
- No

Possiede la memoria remota?

- Sì
- No

Ha l'orientamento temporo-spaziale

- Sì
- No

È soggetto a forti crisi depressive?

- Sì
- No

È stato ricoverato in case di Cura per malattie mentali?

- Sì
- No

È stato o è seguito dai Centri di Igiene Mentale?

- Sì
- No



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

**MALATTIE INFETTIVE**

L'anziano ha in atto malattie infettive?

- Sì
- No

Se sì, indicare quali:

---

---

---

In passato ha avuto malattie infettive?

- Sì
- No

Se sì, indicare quali:

---

---

---

**EVENTUALI ALTRE NOTIZIE**

---

---

---

**DIAGNOSI**

---

---

---

**TERAPIE IN CORSO**

---

---

---



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

### **CONCLUSIONI AI FINI DELL'AMMISSIONE**

Ritengo che l'anziano:

- È abbinognevole di particolari cure igieniche, dietetiche e medicamentose.
- Non è abbinognevole di particolari cure igieniche, dietetiche e medicamentose.

Dichiaro che l'anziano:

- È in buone condizioni fisico-psichiche e in grado di attendere a se stesso.
- Non è in buone condizioni fisico-psichiche e in grado di attendere a se stesso.

In fede,

IL MEDICO

(timbro e firma)

**N.B. Il presente certificato, che sarà parte integrante della cartella personale dell'assistito, è valido soltanto se compilato per intero con firma ed indirizzo del medico leggibili**



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

**SCHEDA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA**

**GENERALITÀ**

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

Sesso:

- M
- F

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Recapito parentela \_\_\_\_\_

**CONDIZIONI**

Condizioni generali attuali

- Buone
- Mediocri
- Gravi

E' in grado di collaborare?

- Sì
- No

**MOBILITÀ'**

Può salire o scendere le scale?

- Sì
- No
- Con aiuto

Può camminare?

- Sì
- No
- Con aiuto

Può camminare con protesi?

- Sì
- No
- Con aiuto

Si sposta con carrozzella?

- Sì
- No



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

- Con aiuto

È allettato?

- Sì
- No
- 

Indicare la data dell'inizio dell'allettamento: \_\_\_\_\_

È in grado di vestirsi?

- Sì
- No
- Con aiuto

Si lava?

- Sì
- No
- Con aiuto

È in grado di mangiare?

- Sì
- No
- Con aiuto

È in grado di scrivere?

- Sì
- No
- Con aiuto

Utilizza da solo i servizi igienici?

- Sì
- No
- Con aiuto

È in grado di leggere?

- Sì
- No

Psiche integra?

- Sì
- No

Con fasi di confusione?

- Sì
- No

Con fasi di disorientamento?

- Sì
- No



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

Con fasi di agitazione psicomotoria?

- Sì
- No



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

**VALUTAZIONE SENSORIALE**

Cecità:

- Sì
- No

Ipovisus:

- Sì
- No

Sordità:

- Sì
- No

Ipoacusia:

- Sì
- No

Mutismo:

- Sì
- No

Disartria:

- Sì
- No

Disfasia:

- Sì
- No

Afasia:

- Sì
- No

**CONTINENZA SFINTERI**

Incontinenza vescicale:

- Sì
- No

Porta catetere:

- Sì
- No

Incontinenza anale:

- Sì
- No





FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

Eventuali altre condizioni di incontinenza:

---

---

---



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

**GIUDIZIO COMPLESSIVO**

---

---

---

---

---

---

---

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

Timbro e firma del medico di base:

Documento realizzato con il supporto tecnico di Tech4Care S.R.L.

