

**FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI  
Casa di Riposo per Anziani  
e Residenza Protetta loc. Ripe  
COMUNE DI TRECASTELLI (AN)**

oooooooooooooooo

CERTIFICATO MEDICO  
PER L' AMMISSIONE

ESITO DELLA VISITA MEDICA praticata al \_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_  
Nat \_\_\_\_ 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**

Ricoveri N. \_\_\_\_\_ giorni complessivi di ricovero (circa) \_\_\_\_\_

Malattie che l'hanno determinato \_\_\_\_\_

---

**ULTIMO** ricovero ospedaliero: Data di entrata \_\_\_\_\_ data di dimissione \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

---

**NOTIZIE SULLO STATO PSICHICO E MENTALE** (rispondere si o no)

L'anziano: \_\_\_\_ è agitato? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ è vigile? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ è provvisto di capacità critica? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ possiede la memoria recente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ possiede la memoria remota? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ ha l'orientamento temporo-spaziale? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ è soggetto a forti crisi depressive? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ è stato ricoverato in case di Cura per malattie mentali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ è stato o è seguito dai Centri di Igiene Mentale? \_\_\_\_\_

## MALATTIE INFETTIVE

L'anziano ha in atto malattie infettive?

Se si, quali? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In passato ha avuto malattie infettive?

Se si, quali? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## EVENTUALI ALTRE NOTIZIE

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

## DIAGNOSI

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

## TERAPIE IN CORSO

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

## CONCLUSIONI AI FINI DELL'AMMISSIONE

Ritengo che l'anzian\_\_è/non è bisognosa di particolari cure igieniche, dietetiche e medicamentose.

Dichiaro che l'anzian\_\_è/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**

**OPERA PIA LAVATORI MARIANI**  
**Casa di Riposo per Anziani**  
**e Residenza Protetta loc. Ripe**  
**COMUNE DI TRECASTELLI (AN)**

SCHEMA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA

A) Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ sesso M F  
 Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Recapito parentela \_\_\_\_\_

B) CONDIZIONI GENERALI ATTUALI	Buone	Mediocri	Gravi
E' in grado di collaborare?	SI	NO	
C) MOBILITA'			
Può salire o scendere le scale?	SI	NO	Si con aiuto
Può camminare da solo?			
Può camminare con aiuto?	SI	NO	
Può camminare con protesi?	SI	NO	Si con aiuto
Si sposta con carrozzella?	SI	NO	Si con aiuto
Allettato _____ da quanto _____ mese _____ anno _____			
D) Si veste da solo?	SI	NO	Si con aiuto
Si lava?	SI	NO	Si con aiuto
Mangia da solo?	SI	NO	Si con aiuto
Scrive?	SI	NO	Si con aiuto
Utilizza da solo i servizi igienici?	SI	NO	
Legge?	SI	NO	
E) Psiche integra?	SI	NO	
Con fasi di confusione?	SI	NO	
Con fasi di disorientamento?	SI	NO	
Con fasi di agitazione psicomotoria?	SI	NO	
F) Sensorio			
Cecità	SI	NO-Ipovisus	SI NO
Sordità	SI	NO-Ipoacusia	SI NO
Mutismo	SI	NO-Disartria	SI NO
Disfasia	SI	NO-Afasia	SI NO
G) Continenza sfinteri			
Incontinenza vescicale	SI	NO – porta catetere	
Incontinenza anale	SI	NO	

H) EVENTUALI ALTRE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA \_\_\_\_\_

GIUDIZIO COMPLESSIVO \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico di Base

