

CERTIFICAZIONE SANITARIA PER L'ACCOGLIMENTO NELLE STRUTTURE PER ANZIANI  
CONVENZIONATE A GESTIONE DIRETTA

CERTIFICAZIONE MEDICA

COGNOME..... NOME..... Sesso M F

Nat... il..... a..... C.R.A.....

residente a ..... Via .....

INVALIDITA' CIVILE Sì  NO

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO Sì  NO

Se no, intendono presentare domanda?

Se sì, quando è stata inoltrata la domanda all'INPS? .....

FORNITURA AUSILI AD ASSORBENZA Sì  NO

NOTE ANAMNESTICHE prossime e remote (segnalare eventuali allergie):

---

---

---

---

---

---

---

---

DIAGNOSI

---

---

---

---

---

---

---

---

TERAPIA in corso:

---

---

---

---

---

---

---

---

(mod.B)

## SCHEDA ASSISTENZIALE

**DEAMBULAZIONE:** Autonoma  Bastone/i  Girello  Impossibile   
Se, Si alza autonomamente in carrozzina   
deve essere alzato in carrozzina  è costantemente allettato

**ELIMINAZIONE:** E' incontinente? No  deve essere accompagnato in bagno? SI  NO   
Sì  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 Sì in quale zone e grado? \_\_\_\_\_

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

**ALIMENTAZIONE:** Autonoma  Con piccolo aiuto  Totalmente dipendente   
Alimentazione enterale con sondino gastrico   
Denti propri  Protesi  Edentulo   
Dieta: Solida  Semiliquida  Liquida   
Diete speciali: \_\_\_\_\_

**IGIENE PERSONALE:** Autonoma  Con piccolo aiuto  Totalmente dipendente   
Si veste da solo  Piccolo aiuto  Totalmente dipendente

**SONNO-VEGLIA:** Normale  Insonnia  Iperinsonnia   
Inversione ritmo sonno/veglia  Alterato

**COMPORAMENTO:** Tranquillo  Agitato, disturba la comunità  Aggressivo   
Tende a fuggire  Confuso/disorientato  Vagabondaggio

**RIABILITAZIONE:** Non necessaria  necessita di fisioterapia

Se sì quali interventi? \_\_\_\_\_

Giudizio complessivo: AUTOSUFFICIENTE  NON AUTOSUFFICIENTE   
Il giudizio ufficiale di autosufficienza o non autosufficienza verrà dato in sede di U. V. D.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico curante