

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

CERTIFICAZIONE MEDICA

Cognome e Nome _____
Residente a _____ CRA _____
Nato a _____ il _____

NOTE ANAMNESICHE: _____

DIAGNOSI: _____

TERAPIA: _____

INVALIDITÀ CIVILE: SI

*NO

Se NO Presentato domanda di invalidità civile? SI NO
Se SI Quando? _____

ACCOMPAGNAMENTO: SI NO

SCHEDE ASSISTENZIALE

DEAMBULAZIONE: Autonoma Bastone Girello *Impossibile
Se*: si alza autonomamente in carrozzina
deve essere alzato in carrozzina
è costantemente allettato

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 SI in quali zone e di che grado? _____

Trattamento attuale _____

ALIMENTAZIONE: Autonoma con piccolo aiuto totalmente dipendente
Alimentazione enterale con sondino nasogastrico
Denti propri Protesi Endetulo
Dieta: solida semisolida liquida
Diete speciali: _____

IGIENE PERSONALE: autonoma con piccolo aiuto totalm. dipendente
Si veste: da solo con piccolo aiuto totalm. dipendente

SONNO/VEGLIA: normale insonnia ipersonnia

inversione ritmo sonno/veglia

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
