

**AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 4 "MEDIO FRIULI"**

**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

**SCHEDA ASSISTENZIALE**

**DEAMBULAZIONE:** Autonoma  Bastone/i  Girello  \*Impossibile

Se\*: si alza autonomamente in carrozzina   
 deve essere alzato in carrozzina   
 è costantemente alettato

**ELIMINAZIONE:** è incontinente? NO  SI  deve essere accompagnato in bagno? SI  NO

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? \*SI  NO

se SI in quali zone e di che grado? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

**ALIMENTAZIONE:** Autonoma  con piccolo aiuto  totalmente dipendente

Alimentazione enterale con sondino naso gastrico

Denti propri  Protesi  Edentulo

Dieta: solida  semisolida  liquida

Diete speciali: \_\_\_\_\_

**IGIENE PERSONALE:** autonoma  piccolo aiuto  total. dipendente

**SI VESTE:** da solo  piccolo aiuto  total. 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  
 \_\_\_\_\_