

CERTIFICATO MEDICO

PER L'AMMISSIONE PRESSO LA CASA DI RIPOSO "SAVINI"

ESITO DELLA VISITA MEDICA praticata al__ Sig.____

nato/a a _____ il _____ e residente a _____

Via _____, n. _____

Notizie preliminari

da quanti anni cura il/la paziente?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> da molti anni | <input type="checkbox"/> da qualche anno |
| <input type="checkbox"/> da pochi mesi | <input type="checkbox"/> paziente occasionale |

ANAMNESI

RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI DUE ANNI

Ricoveri n. _____ giorni di ricovero complessivi (circa): _____

malattie che l'hanno determinato: _____

ULTIMO RICOVERO OSPEDALIERO:

data entrata _____ data dimissione _____

diagnosi: _____

NOTIZIE SULLO STATO PSICHICO E MENTALE

L'anziano	si	no
- è agitato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- è vigile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- è provvisto di capacità critica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- possiede la memoria recente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- possiede la memoria remota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ha l'orientamento temporo-spaziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- è soggetto a forti crisi depressive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- è stato ricoverato in case di cura per malattie mentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- è stato seguito dai Centri d'Igiene Mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALATTIE INFETTIVE

si no

L'Anziano ha in atto malattie infettive?

Se si, quali _____

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE

Intolleranza ai farmaci: _____

Reazioni immunologiche _____

DIAGNOSI _____

TERAPIE IN CORSO _____

CONCLUSIONE AI FINI DELL'AMMISSIONE

Ritengo che l'Anziano è / non è abbisognevole di particolari cure igieniche, dietetiche e medicamentose.

Dichiaro che l'anziano è / non è autosufficiente.

NOTE: _____

In fede

Addì _____

IL MEDICO

(timbro e firma)