

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO FELTRINELLI O.N.L.U.S.

25080 Bogliaco di Gargnano (BS)

tel. 0365.71495 – fax 0365.72677 – E Mail segreteria@rsafeltrinelli.it

PEC: rsafeltrinelli@legalmail.it

CERTIFICATO MEDICO

Cognome e nome _____ nato/a a _____ il _____

Residenza _____

Coniugato

Nubile / Celibe

Stato di famiglia attuale:

Con coniuge

Solo

Con familiare

Casa di riposo

Medico curante _____

N° S.S.N. _____ N° Esenzione ticket _____ A.S.L. _____

Familiari di riferimento _____

Indirizzo _____ tel. _____

ANAMNESI FISIOLÓGICA:

Scolarità _____ Lavoro antecedente _____ Gravidanze _____

Diete particolari _____ Digestione _____ Alvo _____

Diuresi _____ Assume alcolici (quantità) _____ Fuma n° _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA: (specificare in ordine cronologico: malattie, interventi chirurgici, ricoveri)

STATO DI SALUTE ATTUALE:

Apparato neurosensoriale e condizioni psichiche:

Lucidità

Fasi di confusione e disorientamento

Persistente disorientamento spazio-temporale

Fasi di agitazione psicomotoria

App. cardiovascolare _____

App. respiratorio _____

App. digerente _____

NECESSITA' ASSISTENZIALI:

| | | | |
|-------------------|--|--|--|
| INCONTINENZA | <input type="checkbox"/> Assente | <input type="checkbox"/> occasionale | <input type="checkbox"/> abituale |
| | <input type="checkbox"/> doppia | <input type="checkbox"/> catetere | |
| DEAMBULAZIONE | <input type="checkbox"/> da solo/a | <input type="checkbox"/> piccolo aiuto | <input type="checkbox"/> totale dipendenza |
| | <input type="checkbox"/> immobilizzato a letto | | |
| IGIENE PERSONALE | <input type="checkbox"/> da solo/a | <input type="checkbox"/> piccolo aiuto | <input type="checkbox"/> totale dipendenza |
| ALIMENTAZIONE | <input type="checkbox"/> da solo/a | <input type="checkbox"/> piccolo aiuto | <input type="checkbox"/> totale dipendenza |
| SOMMIN. TERAPIA | <input type="checkbox"/> da solo/a | <input type="checkbox"/> piccolo aiuto | <input type="checkbox"/> totale dipendenza |
| SI ALZA DAL LETTO | <input type="checkbox"/> da solo/a | <input type="checkbox"/> piccolo aiuto | <input type="checkbox"/> totale dipendenza |
| USO W.C. | <input type="checkbox"/> da solo/a | <input type="checkbox"/> piccolo aiuto | <input type="checkbox"/> totale dipendenza |
| DECUBITI | <input type="checkbox"/> assenti | <input type="checkbox"/> iniziali | <input type="checkbox"/> gravi |

NECESSITA DI ALTRI INTERVENTI INFERMIERISTICI:

DATA ULTIMI ESAMI ESEGUITI ED EVENTUALI DATI PATOLOGICI:

TERAPIA ATTUALE:

E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE? sì no

ALTRE ED EVENTUALI:

Data _____

Timbro e firma del medico
