

**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](mailto: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 FISIOLOGICA:**

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

\_\_\_\_\_