

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO FELTRINELLI ETS

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
