

**A.P.S.P. - CENTRO RESIDENZIALE
"A. COLLINI"
Via Genova 84, 38086 Pinzolo (Tn)**

CERTIFICATO MEDICO D'INGRESSO

Cognome Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

Provenienza

- Abitazione propria Ospedale - Casa di cura Altra Casa di Riposo
 Altro (specificare) _____

Anamnesi Patologica Remota

Diagnosi e terapia in atto all'ingresso

CONDIZIONI GENERALI DELL'OSPITE

Igiene personale

- Totalmente indipendente
 Aiuto programmato
 Aiuto necessario ma parziale
 Totalmente dipendente

Abbigliamento

- Totalmente indipendente
 Aiuto programmato
 Aiuto necessario ma parziale
 Totalmente dipendente

Alimentazione

- Totalmente indipendente
 Aiuto programmato
 Aiuto necessario ma parziale
 Totalmente dipendente

Mobilità

- Cammina autonomamente senza aiuto
 Cammina o si sposta con ausili (specificare quali)
 Si sposta con l'aiuto di altre persone o con carrozzina
 Allettato, deve essere alzato e mobilizzato

Disturbi comportamentali

- Assenti
 Disturbi dell'umore (triste, melanconico, ansioso)
 Disturbi della cognitiv  (non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessit )
 Costante atteggiamento aggressivo e/o violento verso s  e gli altri

Funzioni del linguaggio e della comunicazione

- Comprende e si esprime normalmente
- Linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero
- Non riesce ad esprimere il suo pensiero, ma comprende
- Non comprende, non si esprime

Medicazioni

- Non necessarie
- Per ulcerazioni e distrofie cutanee
- Per catetere a permanenza
- Per piaghe da decubito

Allergie

- A farmaci Se si, quali: _____
- Alimentari Se si, quali: _____

Presenza di eventuali protesi (riferito a tutti gli organi ed apparati)

Particolari esigenze dietetiche

Abitudini personali

- Alcool _____
- Fumo _____
- Sonno _____
- Diuresi, continente
- Incontinenza saltuaria
- Incontinenza totale
- Presenza di catetere

Invalidità civile (L.P. 15.06.1998 n.7)

- Si
- No

Esenzione pagamento ticket

- Si
- No

Si dichiara che ___l___ Sig. _____ non è affett___ da malattie infettive o contagiose ed è esente da stati morbosi che ne impediscano la vita comunitaria in Istituto.

Data _____

Firma del Medico curante _____

DA ALLEGARE

- 1) Fotocopie o originali di cartelle cliniche e documentazione sanitaria
- 2) Esami clinici con data non anteriore ai tre mesi
- 3) HbsAg, VDRL e HCV

Esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 8, comma 2, dell'allegato B al D.P.R. 26.10.'72, n.642