

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### CERTIFICATO MEDICO

#### Dati generici:

**Paziente:**

Nome, cognome:

Data di nascita:

Matricola tessera sanitaria nr.:

Recapito attuale:

dal:

**Prenotazione per:**

ricovero

ricovero temporaneo

assistenza diurna

**Medico proponente:**

(timbro del medico o della struttura)

**Nome del medico di base:**

#### Motivo della richiesta di istituzionalizzazione:

#### Diagnosi:

Descrizione funzionale con indicazione di tipo e grado della perdita di autonomia, eventuali eventi acuti, interventi chirurgici effettuati (dove e quando):

<b>Apparato respiratorio</b>	
<b>Apparato</b>	
<b>cardiocircolatorio</b>	
<b>Sistema arterio</b>	
<b>Sistema venoso</b>	
<b>Apparato genito-urinario</b>	
<b>Apparato digerente</b>	
<b>Apparato motorio</b>	
<b>Mobilità</b>	
<b>Metabolismo</b>	
<b>Diabete mellito</b>	
<b>Sistema nervoso</b>	
<b>Sindrome parkinsoniana</b>	
<b>Psiche</b>	
<b>Demenza</b>	
<b>Depressione</b>	
<b>Dipendenze</b>	
<b>Dolore</b>	
<b>Organi di senso</b>	
<b>Cute</b>	
<b>Decubito</b>	
<b>Tumori</b>	

**Trattamento:**

<b>Farmaci:</b>	<b>mattina</b>	<b>mezzogiorno</b>	<b>sera</b>	<b>notte</b>

**Necessita di:**

fisioterapia:  
 ergoterapia:  
 logopedia:

dieta speciale (se sì, quale?):  
 nutrizione enterale:

catetere a permanenza:  
 anus praeter:  
 aspirazione tracheale:  
 ossigenoterapia:  
 malattie infettive: NO  SI :.....  
 Allergie: NO  SI :.....

**Osservazioni -  
 problematiche:**

(esigenze terapeutico-assistenziali, abitudini, disturbi comportamentali, compatibilità ambientale ecc.)

Abuso di farmaci:  
 Abuso di alcol  
 Fumo  
 Limitazioni funzionali:  
 Disturbi comportamentali:  
 Disturbi psichici:  
 altro (specificare prego):

**Indicazioni e consigli del medico:**

Luogo, data

firma, timbro