

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):

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

Trattamento:

Farmaci:	mattina	mezzogiorno	sera	notte

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



ALLEGATO A

Il Sottoscritto Dr _____

M.M.G. Medico Ospedaliero Medico di Struttura

del Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____

Portatore della/e seguente patologia/e: _____

Problemi clinici attivi: _____

Terapia farmacologia in atto (denominazione farmaco e posologia): _____

Assume farmaci autonomamente SI NO

Allergie a farmaci _____

DICHIARA sotto la propria responsabilità che trattasi di paziente CRONICO/STABILIZZATO :

- AUTOSUFFICIENTE con necessità di minimo supporto assistenziale
- NON AUTOSUFFICIENTE con necessità di supporto infermieristico /assistenziale

JESI.....

Timbro e Firma del Medico

Allegato B

Scheda di rilevazione delle condizioni psico-fisiche

NOME	COGNOME

CONDIZIONI GENERALI		
E' in grado di collaborare	SI	NO
Necessita di assistenza generica	SI	NO
Necessita di assistenza infermieristica	SI	NO

STATO PSICHICO		
Psiche integra	SI	NO
Fasi di confusione	SI	NO
Fasi di disorientamento	SI	NO
Agitazione psicomotoria	SI	NO
Forme di aggressività	SI	NO
Wandering <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	SI	NO

RESPIRAZIONE		
Autonoma	SI	NO
Ossigenoterapia	SI	NO
Tracheostomia	SI	NO

CUTE		
Integra	SI	NO
Presenza di lesioni	SI	NO

MOBILITA'			
Sale e scende le scale	SI	NO	
Cammina da solo	SI	NO	
Cammina con aiuto	SI	NO	
Cammina con ausili	SI	NO	
Si sposta in carrozzina	SI	NO	
Allettato	SI	NO	

GRADO DI AUTONOMIA			
Si veste da solo	SI	NO	CON AIUTO
Igiene personale	SI	NO	CON AIUTO
Utilizza servizi igienici autonomamente	SI	NO	CON AIUTO

ALIMENTAZIONE			
Autonoma	SI	NO	
Enterale (SNG-PEG)	SI	NO	
Parenterale (CVC-PIC)	SI	NO	
Intolleranze alimentari	SI	NO	
Diete Speciali	SI	NO	
Diabete	SI	NO	

ELIMINAZIONE			
Incontinenza urinaria	SI	NO	
Incontinenza fecale	SI	NO	
Catetere Vescicale	SI	NO	

FUNZIONI SENSORIALI			
Cecità	SI	NO	
Sordità	SI	NO	
Capacità di comunicare	SI	NO	

JESI.....

Timbro e firma del Medico