



# FONDAZIONE SANTA MARIA GORETTI

Servizi alla Persona

60013 - CORINALDO (AN)

Allegato B alla Carta dei Servizi: Casa di Riposo

## FONDAZIONE SANTA MARIA GORETTI – SERVIZI ALLA PERSONA

60013 CORINALDO (AN)

### CERTIFICATO MEDICO DI AMMISSIONE

Esito della visita medica praticata al/alla Sig.re/ra  
\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
in Via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

#### ANAMNESI

Patologia remota

---

---

---

Patologia recente

---

---

---

#### MALATTIE INFETTIVE

Attuali

**Allegato B** Certificato Medico di ammissione



Pregresse

**TERAPIA IN CORSO**

**TERAPIA IN CORSO**

**NOTE DEL MEDICO**

**Allegato B** Certificato Medico di ammissione



**CONDIZIONI GENERALI ATTUALI**

È in grado di collaborare   SI                         NO

**MOBILITÀ**

Può camminare da solo   SI                         NO

Può camminare con aiuto   SI                         NO

Può camminare con protesi   SI                         NO

Allettato   SI                         NO

Se allettato da quando: mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

Si veste da solo   SI             SI, CON AIUTO             NO

Si lava da solo   SI             SI, CON AIUTO             NO

Mangia da solo   SI             SI, CON AIUTO             NO

Usa i servizi igienici da solo   SI             SI, CON AIUTO             NO

Scrive   SI                         NO

Legge   SI                         NO

**SENSORIO**

Cecità   SI                         NO

Sordità   SI                         NO

Mutismo   SI                         NO

Disfasia   SI                         NO

Ipovisus   SI                         NO

Ipoacusia   SI                         NO

Disartia   SI                         NO

***Allegato B Certificato Medico di ammissione***



# FONDAZIONE SANTA MARIA GORETTI

## Servizi alla Persona

60013 - CORINALDO (AN)

---

Afasia SI NO

### **CONTINENZA SFINTERI**

Incontinenza vescicale SI NO

Incontinenza anale SI NO

Porta catetere SI NO

### **STATO PSICO-MENTALE**

È agitato SI NO

È vigile SI NO

Ha capacità critica SI NO

Possiede memoria recente SI NO

Possiede memoria remota SI NO

Ha l'orientamento temporo-spaziale SI NO

È soggetto a forti crisi depressive SI NO

È stato ricoverato in case di cura  
per malattie mentali gravi SI NO

È stato o è seguito da centri di  
igiene mentale SI NO

### **EVENTUALI ALTRE CONSIDERAZIONI**

---

---

---

---

---

***Allegato B Certificato Medico di ammissione***



**CONCLUSIONI AI FINI DELLA VALUTAZIONE**

In dipendenza delle condizioni psico-fisiche generali la persona è da considerarsi:

AUTOSUFFICIENTE

SEMI AUTOSUFFICIENTE

NON AUTOSUFFICIENTE

AFFETTA DA DEMENZA

MEDICO DI MEDICINA GENERALE:

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Indirizzo studio medico: Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo mail: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Corinaldo, li \_\_\_\_\_

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

(timbro e firma)

\_\_\_\_\_