



FONDAZIONE SANTA MARIA GORETTI

Servizi alla Persona

60013 - CORINALDO (AN)

Allegato B alla Carta dei Servizi: Residenza Protetta

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



FONDAZIONE SANTA MARIA GORETTI

Servizi alla Persona

60013 - CORINALDO (AN)

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

Ipoacusia 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)

Allegato B Certificato Medico di ammissione