



**CERTIFICATO MEDICO DI AMMISSIONE PER
RESIDENZA PROTETTA E CASA DI RIPOSO**

Allegato B alla Carta dei Servizi

**FONDAZIONE SANTA MARIA GORETTI – SERVIZI ALLA PERSONA
60013 CORINALDO (AN)**

NOME E COGNOME DELL'OSPITE	
DATA DI NASCITA	

DATI DEL MEDICO CURANTE	
NOME E COGNOME	
INDIRIZZO STUDIO MEDICO	
RECAPITO TELEFONICO	
MAIL	

<p>L'INTERESSATO ATTUALMENTE È PRESSO:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> ABITAZIONE<input type="radio"/> RSA<input type="radio"/> LUNGODEGENZA<input type="radio"/> OSPEDALE<input type="radio"/> ALTRA STRUTTURA _____
<p>DIAGNOSI CLINICA GENERALE:</p>

Allegato B Certificato Medico di ammissione



CERTIFICATO MEDICO DI AMMISSIONE PER RESIDENZA PROTETTA E CASA DI RIPOSO

AUTOSUFFICIENZA FISICA

COLLABORAZIONE	<input type="radio"/>	PRESENTE	<input type="radio"/>	ASSENTE	<input type="radio"/>	A TRATTI
DEAMBULAZIONE	<input type="radio"/>	AUTONOMA	<input type="radio"/>	ASSENTE	<input type="radio"/>	A RISCHIO CADUTA
FARE LE SCALE	<input type="radio"/>	AUTONOMO	<input type="radio"/>	NON	<input type="radio"/>	PARZIALMENTE
VESTIRSI E SPOGLIARSI	<input type="radio"/>	AUTONOMO	<input type="radio"/>	NON	<input type="radio"/>	PARZIALMENTE
ALZARSI ED ANDARE A LETTO	<input type="radio"/>	AUTONOMO	<input type="radio"/>	NON	<input type="radio"/>	PARZIALMENTE
IGIENE PERSONALE	<input type="radio"/>	AUTONOMO	<input type="radio"/>	NON	<input type="radio"/>	PARZIALMENTE
USO SERVIZI IGIENICI	<input type="radio"/>	AUTONOMO	<input type="radio"/>	NON	<input type="radio"/>	PARZIALMENTE
VISTA	<input type="radio"/>	NORMALE	<input type="radio"/>	IPOVISUS	<input type="radio"/>	CECITA'
UDITO	<input type="radio"/>	NORMALE	<input type="radio"/>	SORDITA'	<input type="radio"/>	PROTESI
LINGUAGGIO	<input type="radio"/>	NORMALE	<input type="radio"/>	DISARTRIA	<input type="radio"/>	AFASIA
LUCIDITA'	<input type="radio"/>	PRESENTE	<input type="radio"/>	ASSENTE	<input type="radio"/>	A TRATTI
STATO DI COSCIENZA	<input type="radio"/>	VIGILE	<input type="radio"/>	ASSOPITO	<input type="radio"/>	SOPOROSO
ORIENTAMENTO NELLO SPAZIO E NEL TEMPO	<input type="radio"/>	ORIENTATO	<input type="radio"/>	NON	<input type="radio"/>	A TRATTI
SINTOMI DI DEMENZA	<input type="radio"/>	PRESENTE	<input type="radio"/>	ASSENTE	<input type="radio"/>	A TRATTI
HALZHEIMER	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	1°-2° STADIO	<input type="radio"/>	3° STADIO
DELIRIO	<input type="radio"/>	PRESENTE	<input type="radio"/>	ASSENTE	<input type="radio"/>	A TRATTI
AGITAZIONE PSICO-MOTORIA	<input type="radio"/>	PRESENTE	<input type="radio"/>	ASSENTE	<input type="radio"/>	A TRATTI
STATO EMOTIVO	<input type="radio"/>	TRANQUILLO	<input type="radio"/>	AGITATO	<input type="radio"/>	A TRATTI

Allegato B Certificato Medico di ammissione



CERTIFICATO MEDICO DI AMMISSIONE PER RESIDENZA PROTETTA E CASA DI RIPOSO

AGGRESSIVITA'	<input type="radio"/>	PRESENTE	<input type="radio"/>	ASSENTE	<input type="radio"/>	A TRATTI
DEPRESSIONE	<input type="radio"/>	PRESENTE	<input type="radio"/>	ASSENTE	<input type="radio"/>	A TRATTI
ANSIA	<input type="radio"/>	PRESENTE	<input type="radio"/>	ASSENTE	<input type="radio"/>	A TRATTI
SONNO	<input type="radio"/>	REGOLARE	<input type="radio"/>	IRREGOLARE	<input type="radio"/>	INSONNIA
PUO' VIVERE IN COMUNITA'	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI		
SEGUITO DA CSM	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI SPECIFICARE:		
ICTUS	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI SPECIFICARE:		
	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI		
MORBO DI PARKINSON	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI		
SCLEROSI MULTIPLA	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI		
LESIONI CEREBRALI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI		
FRATTURA DELL'ANCA	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI SPECIFICARE:		
ALTRE FRATTURE	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI SPECIFICARE:		
AMPUTAZIONE	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI SPECIFICARE:		
MALATTIE CRONICHE	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI SPECIFICARE:		
CARDIOPATIE	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI		
DIABETE MELLITO	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI		
INSULINODIPENDENTE	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI		
BPCO	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI		
OSSIGENO TERAPIA	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI SPECIFICARE:		
NEOPLASIA	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI SPECIFICARE:		
INSUFFICIENZA RENALE	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SI		

Allegato B Certificato Medico di ammissione



Fondazione
GORETTI

"S. MARIA

CERTIFICATO MEDICO DI AMMISSIONE PER RESIDENZA PROTETTA E CASA DI RIPOSO

Cod. identificativo

MD02.33 Rev.1
DATA: 24/09/2024
Pagina 4 di 6

STIPSI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI	
USO DI LASSATIVI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI	SPECIFICARE:
DOLORI CRONICI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI	SPECIFICARE:
MALATTIE INFETTIVE IN ATTO	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI	SPECIFICARE:
MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI	SPECIFICARE:
ALLERGIE A FARMACI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI	SPECIFICARE:
ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI	SPECIFICARE:
ALTRE ALLERGIE	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI	SPECIFICARE:
DIFFICOLTA' NEL DEGLUTIRE	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SOLIDI	<input type="radio"/> LIQUIDI
NUTRIZIONE ENTERALE/PARENTERALE	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI	SPECIFICARE:
DIETA	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI	SPECIFICARE:
RESTRIZIONI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI	SPECIFICARE:
LESIONI DA PRESSIONE	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI	SPECIFICARE:
ALTRO:			

Allegato B Certificato Medico di ammissione



Fondazione
GORETTI

"S. MARIA

CERTIFICATO MEDICO DI AMMISSIONE PER RESIDENZA PROTETTA E CASA DI RIPOSO

Cod. identificativo

MD02.33 Rev.1

DATA: 24/09/2024

Pagina 5 di 6

TERAPIA FARMACOLOGICA

FARMACO	ORARIO DI SOMMINISTRAZIONE				
	8	12	18	20	22

Allegato B Certificato Medico di ammissione



**CERTIFICATO MEDICO DI AMMISSIONE PER
RESIDENZA PROTETTA E CASA DI RIPOSO**

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

Corinaldo, li _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
