

Apparato endocrino: _____

Cute ed annessi: _____

Occhi: _____

Orecchie: _____

Bocca e rinofaringe: _____

P.A. _____ PESO : Kg. _____ ALTEZZA : _____

ABITUDINI: Fumatore NO SI Quante sigarette al giorno ? _____

Fa uso di alcolici ? NO SI Modica quantità

Alcoolista

Fa uso di sostanze stupefacenti ? NO SI Quali ? _____

VACCINAZIONI: antitetanica NO SI date somm.ne _____

antinfluenzale NO SI data somm.ne _____

Altre vaccinazioni: _____

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI: _____

TERAPIA ATTUALE E POSOLOGIA: _____

NOTIZIE DI INTERESSE ASSISTENZIALE

DEAMBULAZIONE: Autonoma Bastone /i Girello * Impossibile

Se * : si alza autonomamente in carrozzina
deve essere alzato in carrozzina
è costantemente alettato

ELIMINAZIONE: è incontinente ? NO ⇒ deve essere accompagnato in bagno ? SI NO

Si ⇒ Urine Feci Urine/Feci

Uso di : Pannolone Condom Catetere a permanenza
Alvo: regolare diarroico stitico
uso saltuario di lassativi uso regolare di lassativi

Ha piaghe da decubito ? : NO * SI
se * in quali zone e di che grado ? _____

Trattamento attuale _____

ALIMENTAZIONE: Autonoma con piccolo aiuto deve essere imboccato
Alimentazione enterale con sondino naso gastrico
Denti propri Protesi Edentulo
Dieta: solida semisolida liquida
Diete speciali: _____

IGIENE PERSONALE: autonoma piccolo aiuto total. dipendente
si veste: da solo piccolo aiuto totalmente dipendente

RITMO SONNO/SVEGLIA: normale insonnia ipersonnia
inversione ritmo sonno/veglia

COMPORAMENTO: tranquillo agitato, disturba la comunità aggressivo
confuso/disorientato tende a fuggire (vagabondaggio)

RIABILITAZIONE: non necessaria *necessita di fisioterapia
se* quali interventi? _____

Data ____ / ____ / ____

Timbro e firma del medico

Qualora all'atto dell'ingresso le condizioni di salute risultino diverse da quelle indicate nella presente certificazione, l'Amministrazione si riserva la facoltà di non accogliere l'ospite.

Al momento dell'ingresso vanno allegate le fotocopie dei documenti relativi ad eventuali ricoveri ospedalieri.

PARTE RISERVATA ALLA CASA DI RIPOSO

Sulla scorta dei dati emersi, il/la signor/a _____

PUO' ESSERE ACCOLTO nel reparto _____
Letto: _____

NON PUO' ESSERE ACCOLTO PERCHE' _____

DATA ____/____/____/ Il Responsabile della Casa di Riposo

DATA INGRESSO ____/____/____/ POSTO LETTO : dal ____/____/____/ al ____/____/____/

TOTALE GIORNI POSTO LETTO: ____/____/

ANNOTAZIONE E COMUNICAZIONI: _____
