

CERTIFICATO MEDICO

DOTT _____ tel _____ mail _____

Per il Signor/a

Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____ Codice Esenzione _____

ANAMNESI

RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI DUE ANNI: ☐ no ☐ si numero _____
Data ultimo ricovero _____ Malattie che hanno determinato ultimo ricovero: _____

NOTIZIE SULLE CONDIZIONI PSICHICO MENTALI

È agitato / aggressivo?	☐ si ☐ no	E' vigile?	☐ si ☐ no
E' orientato?	☐ si ☐ no	Tende all'allontanamento?	☐ si ☐ no
Ha memoria recente?	☐ si ☐ no	Ha memoria remota?	☐ si ☐ no
Ha memoria recente?	☐ si ☐ no	Ha memoria remota?	☐ si ☐ no
E' seguito da centro di salute mentale/ ha subito ricoveri per malattie mentali		☐ si ☐ no	

MALATTIE INFETTIVE

Ha malattie infettive? ☐ si ☐ no Malattie infettive passate ☐ si ☐ no
Se si quali _____

Intolleranza ai farmaci ☐ no ☐ si quali _____

Si nutre	☐ da solo ☐ con aiuto	☐ dipendenza totale
Dieta	☐ libera ☐ per diabetici	☐ sng ☐ altro _____
Deglutizione	☐ regolare ☐ disfagia	☐ per liquidi ☐ per solidi
Incontinenza	☐ no ☐ si	
Utilizza	☐ pannolone ☐ pannolone a slip	☐ catetere vescicale ☐ urocondom
Si lava	☐ da solo ☐ con aiuto	☐ dipendenza totale
Si veste	☐ da solo ☐ con aiuto	☐ dipendenza totale
Cammina	☐ da solo ☐ con aiuto	☐ dipendenza totale
Utilizza	☐ carrozzina ☐ deambulatore	☐ cuscino per carrozzina
Allettato	☐ no ☐ si ☐ materassino antidecubito	☐ cinta di sicurezza ☐ guantoni
Piaghe da decubito	☐ no ☐ si ☐ specificare zone: _____	
Portatore di stomia	☐ no ☐ si	Ossigenoterapia ☐ no ☐ si
Broncoaspirazione	☐ no ☐ si	Dialisi ☐ no ☐ si
Chemioterapia	☐ no ☐ si	Pace-maker ☐ no ☐ si
Altro _____		

TERAPIA MEDICA IN ATTO

Data _____ Firma e timbro del medico curante _____

Il paziente è informato che ai sensi dell'art 13 GDPR/2016, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, i dati da lui stesso forniti potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra citata e dagli obblighi di riservatezza a cui è ispirata l'attività della Residenza Protetta e Casa di Riposo L'Immacolata

Per accettazione

Paziente / parente / amministratore di sostegno / tutore Firma leggibile _____

Solo per soggetti in condizioni di necessità si richiede

AUTORIZZAZIONE MEZZI DI CONTENZIONE

IN ACCORDO CON IL MEDICO CURANTE SI AUTORIZZA L'USO DI MEZZI DI CONTENZIONE FISICA
A SALVAGUARDIA DELL'INCOLUMITA' DELL'OSPITE _____

Nat__ il _____ a _____

UTILIZZO FASCIA DI CONTENZIONE IN CARROZZINA: ☐ sì ☐ no

Data, firma e timbro del medico _____

Data, firma del familiare/amm.sostegno/tutore _____

UTILIZZO SBARRE A LETTO: ☐ sì ☐ no

Data, firma e timbro del medico _____

Data, firma del familiare/amm.sostegno/tutore _____

UTILIZZO GUANTONI: ☐ sì ☐ no

GUANTONI ASSICURATI ALLE SPONDE DEL LETTO A ALLA CARROZZINA: ☐ sì ☐ no

Data, firma e timbro del medico _____

Data, firma del familiare/amm.sostegno/tutore _____

UTILIZZO FASCIA A LETTO: ☐ sì ☐ no

Data, firma e timbro del medico _____

Data, firma del familiare/amm.sostegno/tutore _____