

# A.S.P. PERGOLA

## CERTIFICATO MEDICO Per l'ammissione al Centro per Anziani

ESITO DELLA VISITA MEDICA praticata al

Sig./ra .....nato/a .....

Il....., residente a ..... via..... n ...

NOTIZIE PRELIMINARI: da quanti anni cura il/la paziente?

..... paziente occasionale

..... da qualche anno

..... da pochi mesi

..... da molti anni.

### ANAMNESI

.....  
.....  
.....

### RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI DUE ANNI

Ricoveri n. .... causa del/ dei ricoveri .....

.....

Ultimo ricovero ospedaliero: data di entrata ..... data di dimissione

..... Diagnosi .....

.....

### NOTIZIE SULLO STATO PSICHICO E MENTALE (rispondere si o no)

L'anziano: è agitato? .....

è vigile? .....

è provvisto di capacità critica? .....

possiede la memoria recente? .....

possiede la memoria remota? .....

ha l'orientamento tempo- spazio? .....

e' soggetto a forti crisi depressive? .....

è stato ricoverato in Case di cura per malattie mentali? .....

è stato o è seguito dai Centri d'Igiene Mentale? .....

### MALATTIE INFETTIVE

L'anziano ha in atto malattie infettive? ..... Se Sì, quali?.....

.....

.....

In passato, ha avuto malattie infettive? ..... Se Sì, quali?.....

.....

.....

## VACCINAZIONI

L'anziano ha eseguito le seguenti vaccinazioni:

.....

.....

.....

## EVENTUALI ALTRE NOTIZIE

Intolleranza ai farmaci: .....

Reazioni immunologiche: .....

Altro.....

.....

.....

## DIAGNOSI

.....

.....

.....

.....

## TERAPIE IN CORSO

.....

.....

.....

.....

.....

**SCHEMA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA**

A) Cognome ..... nome ..... sesso M F  
 nato a.....il.....  
 residente a.....Via.....tel.....  
 recapito parentale.....

B) CONDIZIONI GENERALI ATTUALI                      buone                      mediocri                      gravi  
 E' in grado di collaborare?                      SI - NO

C) MOBILITA'  
 Può salire o scendere le scale                      SI - NO                      SI con aiuto  
 Può camminare da solo                      SI - NO  
 Può camminare con aiuto                      SI - NO  
 Può camminare con protesi                      SI - NO                      SI con aiuto  
 Si sposta con carrozzella                      SI - NO                      SI con aiuto  
 Allettato.....da quanto.....mese.....anno.....

D) Si veste da solo    SI - NO                      SI con aiuto  
 Si lava    SI - NO                      SI con aiuto  
 Mangia da solo    SI - NO                      SI con aiuto  
 Scrive    SI - NO  
 Utilizza da solo i servizi igienici                      SI - NO  
 Legge    SI - NO

E) PSICHE integra    SI - NO  
 Con fasi di confusione                      SI - NO  
 Con fasi di disorientamento                      SI - NO  
 Con fasi di agitazione psicomotoria                      SI - NO

F) SENSORIO  
 Cecità                      SI - NO                      Ipovisus                      SI - NO  
 Sordità                      SI - NO                      Ipoacusia                      SI - NO  
 Mutismo                      SI - NO                      Disartria                      SI - NO  
 Dislasià                      SI - NO                      Alasià                      SI - NO

G) CONTINENZA SFINTERI  
 Incontinenza vescicale                      SI - NO                      Porta catetere                      SI - NO  
 Incontinenza anale    SI - NO

H)Eventuali altre condizioni di non autosufficienza.....  
 .....

GIUDIZIO COMPLESSIVO.....  
 .....

Data.....

Firma del medico di base