



## Certificazione sanitaria

da presentare per l'ammissione ai servizi residenziali in rete  
(riservato al Sanitario / Medico Curante)

Cognome e nome		
Data di nascita		
Codice fiscale		
Residente nel Comune di		
Invalità civile	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Indennità di accompagnamento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizzazione fornitura per l'incontinenza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

### **ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA**


### **ANANMESI PATOLOGICA PROSSIMA**


<b>1 - MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO</b>		<b>6 - DEFICIT SENSORIALE (vista, udito)</b>	
Non necessarie	10	Normale	10
Per ulcerazione e distrofie cutanee	30	deficit correggibile solo con l'aiuto di protesi e/o occhiali	20
Per catetere a permanenza	40	grave deficit non correggibile	80
Per piaghe da decubito	100	cecità o sordità completa	100
<b>2 - NECESSITA' DI PRESTAZIONI MEDICHE</b>		<b>7 - MOBILITA'</b>	
buona salute per cui non necessari (solo controlli medici ambulatoriali)	10	cammina autonomamente senza aiuto	10
necessità di prestazioni ambulatoriali interne	20	cammina o si sposta con l'aiuto saltuario di altre persone	30
necessità di prestazioni ambulatoriali esterne(terapia radiante - psichiatrica - altro)	40	si sposta con aiuto costante di altre persone o con sedia a rotelle	80
Necessità di controllo medico continuo	100	allettato, deve essere alzato	100
<b>3 - CONTROLLO SFINTERICO</b>		<b>8 - ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA</b> (igiene personale, abbigliamento, alimentazione)	
Presente	10	totalmente indipendente	10
incontinenza saltuaria	20	Aiuto saltuario	20
incontinenza urinaria	70	Aiuto necessario, ma parziale	50
incontinenza totale (vescicale e anale)	100	Totalmente dipendente	100
<b>4 - DISTURBI COMPORTAMENTALI</b>		<b>9 - ATTIVITA' OCCUPAZIONALI E IMPIEGO DEL TEMPO LIBERO</b>	
Assenti	10	Entra ed esce liberamente dalla residenza	10
disturbi dell'umore (aspetto triste, melanconico, ansioso)	50	fa attività costruttiva solo all'interno della residenza	30
disturbi della cognitiva (non riesce a gestire i propri compiti e necessità)	80	fa attività all'interno della residenza, con l'aiuto e la supervisione di altri operatori	60
costante atteggiamento aggressivo e/o violento (paziente agitato, pericoloso per sé e per gli altri)	100	è inabile a svolgere qualsiasi attività	100
<b>5 - FUNZIONE DEL LINGUAGGIO</b>		<b>10 - STATO DELLA RETE SOCIALE</b>	
parla e comprende normalmente	10	Può contare sulla famiglia	10
linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	30	può contare regolarmente su parenti ed amici	30
non riesce ad esprimere il suo pensiero, e comprende solo ordini semplici	70	parenti ed amici o volontari sono disponibili solo in caso di bisogno	70
non comprende, non si esprime	100	può contare solo sull'aiuto istituzionale	100
<b>PUNTEGGIO SANITARIO (items 1,2,4)</b>			
<b>PUNTEGGIO ASSISTENZIALE (items 3,5,6,7,8,9,10)</b>			
		<b>TOTALE</b>	

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e Firma del medico \_\_\_\_\_

### ASSISTENZA ALL' EVACUAZIONE

Clistere periodico <input type="checkbox"/>	Stomia <input type="checkbox"/>	
Catetere vescicale <input type="checkbox"/>	Tipo <input type="text"/>	CH n° <input type="text"/>
Data ultima sostituzione <input type="text"/>		

### RITMO SONNO VEGLIA

Normale <input type="checkbox"/>	Insonnia <input type="checkbox"/>
Inversione sonno/veglia <input type="checkbox"/>	Agitazione psico-motoria <input type="checkbox"/>

### DIETE SPECIALI (specificare) :

Integratori alimentari <input type="checkbox"/>	Sondino naso gastrico <input type="checkbox"/>
P.E.G. <input type="checkbox"/>	N.A.D. <input type="checkbox"/>
Autorizzazione del Distretto <input type="checkbox"/>	

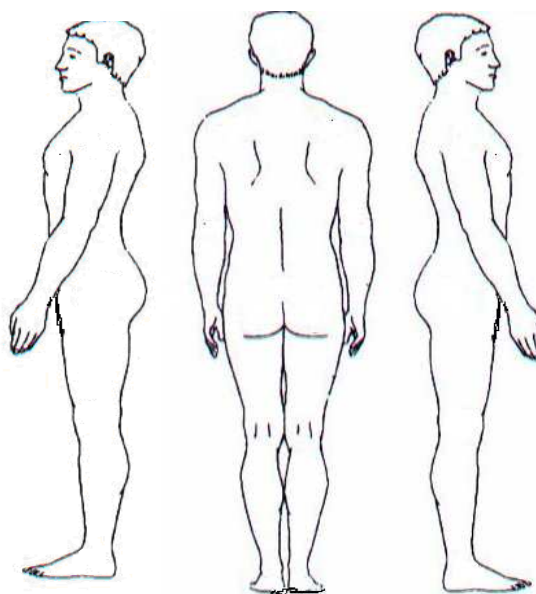
### INTOLLERANZE

Alimentari <input type="checkbox"/>	Farmacologiche <input type="checkbox"/>
Specificare:	
<input type="text"/>	

### PRESENZA DI LESIONI DA DECUBITO

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

<i>1° Stadio: eritema fisso della cute (cute integra)</i>
<i>2° Stadio : interessamento dell'epidermide e/o del derma</i>
<i>3° Stadio : interessamento di tutto lo spessore cutaneo con esclusione delle fasce muscolari</i>
<i>4° Stadio : interessamento di tutto lo spessore cutaneo con danno muscolare osseo - capsula articolare - tendini</i>




**TERAPIA ATTUALE**


Non è attualmente rilevabile alcuna evidenza clinica di malattie infettive che ne impediscano la convivenza in comunità.

**NOTE**


Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e Firma del medico \_\_\_\_\_

Esami da effettuare per l'ingresso in struttura qualora non già eseguiti nei precedenti tre mesi

EMOCROMO – GLICEMIA – CREATININA - BILIRUBINA FRAZ . – SGOT - SGPT – NA – K MARKERS  
DELL'EPATITE B e C - ES URINE;

RX TORACE

ALLEGARE EVENTUALE ULTERIORE DOCUMENTAZIONE SANITARIA.

