



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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | | | |
|--|-----|---|-----|
| 1 - MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO | | 6 - DEFICIT SENSORIALE (vista, udito) | |
| 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 |
| 2 - NECESSITA' DI PRESTAZIONI MEDICHE | | 7 - MOBILITA' | |
| 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 |
| 3 - CONTROLLO SFINTERICO | | 8 - ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA (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 |
| 4 - DISTURBI COMPORTAMENTALI | | 9 - ATTIVITA' OCCUPAZIONALI E IMPIEGO DEL TEMPO LIBERO | |
| 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 |
| 5 - FUNZIONE DEL LINGUAGGIO | | 10 - STATO DELLA RETE SOCIALE | |
| 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 |
| PUNTEGGIO SANITARIO (items 1,2,4) | | | |
| PUNTEGGIO ASSISTENZIALE (items 3,5,6,7,8,9,10) | | | |
| | | TOTALE | |

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"/> | |

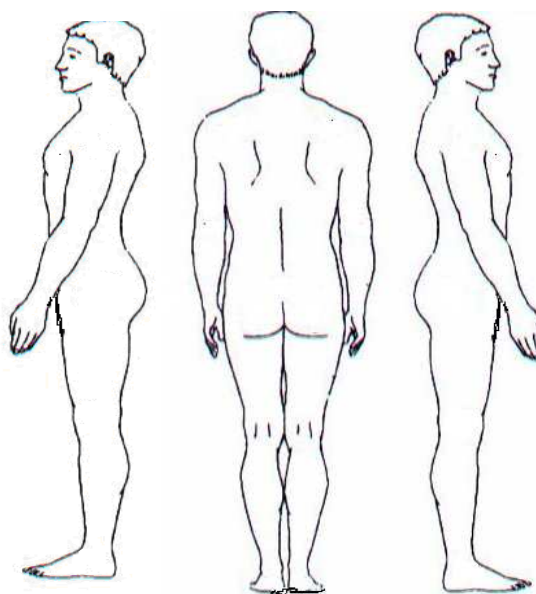
INTOLLERANZE

| | |
|-------------------------------------|---|
| 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.

