



Comune di Penna San Giovanni

Provincia di Macerata

Piazza del Municipio, 2 - 62020 PENNA SAN GIOVANNI -- TEL.0733/699177-669119 FAX 0733/669514

CASA RIPOSO/RESIDENZA PROTETTA Tel. 0733/669107

info@comune.pennasangiovanni.mc.it PEC pennasangiovanni@pec.it

Certificazione del medico curante attestante lo stato di salute e l'assenza di cause che possono essere di impedimento alla vita di collettività

Esito della visita medica effettuata al/alla Sig./ra _____ nato/a

a _____ il _____

ANAMNESI

PATOLOGIA REMOTA _____

PATOLOGIA PROSSIMA _____

ALLERGIE NOTE: _____

<u>Condizioni generali</u>	<input type="checkbox"/> Buone	<input type="checkbox"/> Discrete	<input type="checkbox"/> Compromesse	<input type="checkbox"/> Gravi
<u>Stato mentale</u>	<input type="checkbox"/> Lucido	<input type="checkbox"/> Apatico	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Stuporoso
<u>Deambulazione</u>	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Con aiuto	<input type="checkbox"/> Sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> Allettato
<u>Mobilità</u>	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Limitata	<input type="checkbox"/> Molto limitata	<input type="checkbox"/> Immobile
<u>Incontinenza</u>	<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Occasionale	<input type="checkbox"/> Abituale	<input type="checkbox"/> Doppia
<u>Accede ai servizi</u>	<input type="checkbox"/> Da solo	<input type="checkbox"/> Con aiuto	<input type="checkbox"/> Dipendenza totale	
<u>Si lava</u>	<input type="checkbox"/> Da solo	<input type="checkbox"/> Con aiuto	<input type="checkbox"/> Dipendenza totale	
<u>Si veste</u>	<input type="checkbox"/> Da solo	<input type="checkbox"/> Con aiuto	<input type="checkbox"/> Dipendenza totale	
<u>Si nutre</u>	<input type="checkbox"/> Da solo	<input type="checkbox"/> Con aiuto	<input type="checkbox"/> Dipendenza totale	
<u>Sensorio</u>	<input type="checkbox"/> Cecità	<input type="checkbox"/> Sordità	<input type="checkbox"/> Ipoacusia	<input type="checkbox"/> Ipoacusia <input type="checkbox"/> Vigile
<u>Decubiti</u>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Localizzazione:	
<u>Atteggiamento auto/etero aggressivo</u>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A volte	

Altre condizioni di non autosufficienza:

Catetere vescicale Respiratore Sondino naso gastrico Altro

ALIMENTAZIONE

- Normale
- Dieta particolare specificare: _____

CONCLUSIONI:

Si dichiara che il/la Sig./ra _____ risulta idoneo/a a essere ammesso/a in struttura assistenziale non sanitaria in quanto al momento non vi sono cause che possano essere di impedimento alla vita di collettività.

N.B. ALLEGARE UNA PRESENTAZIONE DETTAGLIATA STILATA DAL MEDICO CURANTE ATTESTANTE LE CONDIZIONI PSICO-FISICHE DELL'ANZIANO/A.

Luogo _____, data _____

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
(timbro e firma)



Comune di Penna San Giovanni

Provincia di Macerata

Piazza del Municipio, 2 - 62020 PENNA SAN GIOVANNI -- TEL.0733/699177-669119 FAX 0733/669514

CASA RIPOSO/RESIDENZA PROTETTA Tel. 0733/669107

info@comune.pennasangiovanni.mc.it PEC pennasangiovanni@pec.it