

DOMANDA DI AMMISSIONE

CERTIFICATO MEDICO

Dati generici:

Paziente:

Nome, cognome:

Data di nascita:

Matricola tessera sanitaria nr.:

Recapito attuale:

dal:

Prenotazione per:

ricovero ricovero temporaneo assistenza diurna

Medico proponente:

(timbro del medico o della struttura)

Nome del medico di base:

Motivo della richiesta di istituzionalizzazione:

Diagnosi: Descrizione funzionale con indicazione di tipo e grado della perdita di autonomia, eventuali eventi acuti, interventi chirurgici effettuati (dove e quando):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Apparato respiratorio |
| <input type="checkbox"/> Apparato cardiocircolatorio |
| <input type="checkbox"/> Cerebrovascolare |
| <input type="checkbox"/> Sistema arterio |
| <input type="checkbox"/> Sistema venoso |
| <input type="checkbox"/> Apparato genito-urinario |
| <input type="checkbox"/> Apparato digerente |
| <input type="checkbox"/> Apparato motorio |
| <input type="checkbox"/> Mobilità |
| <input type="checkbox"/> Metabolismo |
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito |
| <input type="checkbox"/> Sistema nervoso |
| <input type="checkbox"/> Sindrome parkinsoniana |
| <input type="checkbox"/> Psiche |
| <input type="checkbox"/> Demenza |
| <input type="checkbox"/> Depressione |
| <input type="checkbox"/> Dipendenze |
| <input type="checkbox"/> Dolore |
| <input type="checkbox"/> Organi di senso |
| <input type="checkbox"/> Cute |
| <input type="checkbox"/> Decubito |
| <input type="checkbox"/> Tumori |
| <input type="checkbox"/> |

Trattamento:

Farmaci:

	mattina	mezzogiorno	sera	notte

Necessita di:

- fisioterapia:
- ergoterapia:
- logopedia:

- dieta speciale (se sì, quale?):
- nutrizione enterale:

- catetere a permanenza:
- anus praeter:
- aspirazione tracheale:
- ossigenoterapia:
- malattie infettive:
- altro (specificare prego):

Osservazioni - problematiche: (esigenze terapeutico-assistenziali, abitudini, disturbi comportamentali, compatibilità ambientale ecc.)

- Abuso di farmaci:
- Abuso di alcol
- Fumo
- Limitazioni funzionali:
- Disturbi comportamentali:
- Disturbi psichici:
- altro (specificare prego):
-

Indicazioni e consigli del medico:

Luogo, data

firma, timbro