

## 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