



FONDAZIONE “Casa dell’Ospitalità Federico Marulli “ Residenza Protetta/Casa di Riposo
Via Leopardi n. 2 _ 60010 Ostra Vetere (AN) Tel./Fax 071/964216
C.F. 83000410429 – P. I.V.A. 02535610428
PEC fondazionemarulli@legalmail.it e-mail irbostravetere@libero.it www.casadiriposomarulli.it

CERTIFICATO MEDICO

PER L’AMMISSIONE

ESITO DELLA VISITA MEDICA praticata al ... Sig.....

nat.... a il/...../..... residente a

..... (.....) Via n°

ANAMNESI

Patologia remota:

.....
.....
.....

Patologia recente:

.....
.....
.....

MALATTIE INFETTIVE

Attuali:

.....
.....

Pregresse:

.....
.....

TERAPIE IN CORSO

.....
.....
.....

NOTE DEL MEDICO

.....

.....
.....
RILEVAMENTO CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA

A) CONDIZIONI GENERALI ATTUALI: Buone Mediocri Gravi

E' in grado di collaborare: Si No

B) MOBILITA'

Può camminare da solo Si No

Può camminare con aiuto Si No

Può camminare con protesi Si No

Allettato Si No

da quanto mese anno

Si veste da solo Si No Si con aiuto

Si lava Si No Si con aiuto

Mangia da solo Si No Si con aiuto

Scrive Si No

Utilizza da solo i servizi igienici Si No Si con aiuto

Legge Si No

C) SENSORIO

Cecità Si No

Sordità Si No

Mutismo Si No

Disfasia Si No

Ipoacusia Si No

Ipoacusia Si No

Disatria Si No

Afasia Si No

D) CONTINENZA SFINTERI

Incontinenza vescicale Si No

Incontinenza anale Si No

Porta catetere Si No

E) STATO PSICO MENTALE

Il soggetto:

E' agitato Si No

E' vigile Si No

Ha capacità critica Si No

Possiede la memoria recente Si No

Possiede la memoria passata Si No

Ha l'orientamento tempo spaziale Si No

E' soggetto a forti crisi depressive Si No

E' stato ricoverato in case di cura per malattie mentali gravi Si No

E' stato o è seguito da centri di igiene mentale Si No

G) EVENTUALI ALTRE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA:

.....
.....
.....
.....

CONCLUSIONI AI FINI DELL' AMMISSIONE:

In dipendenza delle condizioni psico-fisiche generali, il soggetto è da considerarsi:

AUTOSUFFICIENTE

SEMI AUTOSUFFICIENTE

NON AUTOSUFFICIENTE

Data

IL MEDICO DI BASE

(Timbro e firma)

Indirizzo

.....

N. Tel.: