

**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 e-mail [irbostravetere@libero.it](mailto:irbostravetere@libero.it)

PEC:[fondazionemarulli@legalmail.it](mailto:fondazionemarulli@legalmail.it)

SitoWeb:[casadiriposomarulli.it](http://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

Ipovisus 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.: .....