

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 4 "MEDIO FRIULI"

CERTIFICAZIONE SANITARIA PER L'ACCOGLIMENTO NELLE STRUTTURE PER ANZIANI
CONVENZIONATE E A GESTIONE DIRETTA

CERTIFICAZIONE MEDICA

Cognome e Nome _____

residente a _____ CRA _____

nato a _____ il _____

NOTE ANAMNESTICHE:

DIAGNOSI:

TERAPIA:

INVALIDITA' CIVILE:

SI *NO

se NO Presentato domanda di invalidità civile? SI *NO

se SI Quando? _____

ACCOMPAGNAMENTO:

SI NO

(Mod.B)

SCHEDA ASSISTENZIALE

DEAMBULAZIONE: Autonoma Bastone/i Girello *Impossibile
Se *: Si alza autonomamente in carrozzina
deve essere alzato in carrozzina
è costantemente allettato

ELIMINAZIONE: E' incontinente? NO → deve essere accompagnato in bagno? SI NO
SI → Urine Feci Urine/Feci
Uso di: Pannolone Condom Catetere a permanenza
Alvo: Regolare Diarroico Stitico
Uso saltuario di lassativi Uso regolare di lassativi

HA PIAGHE DA DECUBITO?: NO SI
Se SI in quali zone grado?

Trattamento attuale _____

ALIMENTAZIONE: Autonoma Con piccolo aiuto Totalmente dipendente
Alimentazione enterale con sondino naso gastrico
Denti propri Protesi Edentulo
Dieta: Solida Semiliquida Liquida
Diete speciali: _____

IGIENE PERSONALE: Autonoma Con piccolo aiuto Totalmente dipendente
Si veste da solo: Da solo Piccolo aiuto Totalmente dipendente

SONNOVEGLIA: Normale Insonnia Iperinsonnia
Inversione ritmo sonno/veglia

COMPORAMENTO: Tranquillo Agitato, disturba a comunità Aggressivo
Tende a fuggire Confuso/disorientato Vagabondaggio

RIABILITAZIONE: Non necessaria *necessita di fisioterapia
Se * quali interventi?

Giudizio complessivo: AUTOSUFFICIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

Il giudizio ufficiale di autosufficienza o non autosufficienza verrà dato in sede di Unità di Valutazione Distrettuale.

Data _____

Timbro e firma del medico curante