

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"

Via Vittorio Veneto, 174 – 34170 Gorizia
PEC: aas2.protgen@certsanita.fvg.it
Cod. Fisc.: 01162270316 - Part. I.V.A.: 01162270316

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA PRESENTARE PER L'INGRESSO IN STRUTTURA
RESIDENZIALE PER ANZIANI**

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

INVALIDITA' CIVILE: SI NO
Se NO Presentato domanda di invalidità civile? SI No
Se SI Quando? _____

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO: SI NO

AUTORIZZAZIONE FORNITURA PRESIDI PER L'INCONTINENZA : SI NO

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (patologie importanti ed eventuali ricoveri, traumi ed esiti,
interventi chirurgici, patologie psichiatriche.....):

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA: _____

ESAME OBIETTIVO

Apparato cardiorespiratorio: _____

Necessita di ossigenoterapia? SI NO

Portatore di pace-maker? SI NO

Apparato gastroenterico: _____

Apparato genito - urinario: _____

Apparato neuromuscolare: _____

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"

Via Vittorio Veneto, 174 – 34170 Gorizia
PEC: aas2.protgen@certsanita.fvg.it
Cod. Fisc.: 01162270316 - Part. I.V.A.: 01162270316

Apparato osteoarticolare: _____

Apparato endocrino: _____

Cute ed annessi: _____

Occhi: _____

Orecchie: _____

Bocca e rinofaringe: _____

P.A. _____ **PESO : Kg.** _____ **ALTEZZA** _____

ABITUDINI: Fumatore NO SI Quante sigarette al giorno ? _____

Fa uso di alcolici ? NO SI Modica quantità

Alcoolista

Fa uso di sostanze stupefacenti? NO SI Quali ? _____

VACCINAZIONI: antitetanica NO SI date somm.ne _____

antinfluenzale NO SI data somm.ne _____

antipneumococcica NO SI data somm.ne _____

Altre vaccinazioni: _____

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI: _____

TERAPIA ATTUALE E POSOLOGIA: _____

NOTIZIE DI INTERESSE ASSISTENZIALE

DEAMBULAZIONE: Autonoma con Bastone con Girello con aiuto * Impossibile

Se * : si alza autonomamente in carrozzina
deve essere alzato in carrozzina
è costantemente alettato

ELIMINAZIONE: è 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 saluario di lassativi Uso regolare di lassativi

Ha piaghe da decubito ? : NO SI
Se SI , sede/i e grado della/e lesione/i _____

Trattamento attuale _____

ALIMENTAZIONE : Autonoma Con piccolo aiuto Deve essere imboccato
Alimentazione enterale con sondino naso gastrico Portatore di P.E.G.
Denti propri Protesi Edentulo
Dieta: solida Semisolida Liquida
Diete speciali: _____

IGIENE PERSONALE: Autonoma con piccolo aiuto Totalmente dipendente
Si veste: da solo con piccolo aiuto Totalmente dipendente

RITMO SONNO/SVEGLIA: Normale Insonnia Ipersonnia
Inversione ritmo sonno/veglia

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

RIABILITAZIONE: Non necessaria *Necessita di fisioterapia
Se* quali interventi? _____

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico
