



Centro Servizi "Residenza Le Rose"
CERTIFICAZIONE MEDICA DI ACCESSO

Servizi Sociali S.p.A.

- ALLEGATO A -

(da compilarsi a cura del **Medico di famiglia o di reparto ospedaliero**)

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO/A A: _____ IL: _____

RESIDENTE A: _____ VIA: _____ N. _____

PATOLOGIE DI AREA MEDICA	Ricovero Ospedaliero	Anno	Eventuali sequele

PATOLOGIE DI AREA CHIRURGICA	Intervento	Anno	Eventuali postumi

PATOLOGIE DI AREA TRAUMATOLOGICA ORTOPEDICA	Intervento	Anno	Eventuali postumi

PATOLOGIE

- | | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardiovascolare | <input type="checkbox"/> Respiratorie | <input type="checkbox"/> Gastroenterico |
| <input type="checkbox"/> Neurologico | <input type="checkbox"/> Osteoarticolare | <input type="checkbox"/> Metabolico |
| <input type="checkbox"/> Psichiatrico | <input type="checkbox"/> Genitourinario | <input type="checkbox"/> Socioambientale |

PATOLOGIE DI AREA PSICHIATRICA

HA MAI SUBITO RICOVERI PER MOTIVI PSICHIATRICI?

- NO
 SI:

remoti Causa principale _____
 recenti Causa principale _____



**Centro Servizi "Residenza Le
Rose"
CERTIFICAZIONE MEDICA DI
ACCESSO**

Servizi Sociali S.p.A.

E' seguito dal CPS e o da uno psichiatra di fiducia? NO SI

Sintesi clinico-diagnostica dei problemi attuali:

IL PAZIENTE SI PUO' CONSIDERARE:

collaborante poco collaborante per nulla collaborante

CONDIZIONI PSICHICHE:

Lucido SI NO
Saltuari episodi di disorientamento SI NO
Disorientamento nel tempo SI NO
Disorientamento nel tempo e nello spazio SI NO

RIPOSO:

adeguato/regolare insonnia inversione sonno-veglia

Uso di farmaci? SI NO Note _____

REATTIVITA' EMOTIVA:

Ansioso SI NO
Depresso SI NO
Estraniato dal mondo circostante SI NO
Saltuari episodi di agitazione psico-motoria SI NO
Episodi di agitazione psico-motoria con autoaggressività SI NO
Episodi di agitazione psico-motoria con aggressività verso gli altri SI NO
Stato persistente di agitazione psico-motoria SI NO

VISTA

normale
 corretta
 non vedente

PAROLA

normale
 disartria
 afasia

UDITO

normale
 ipoacusia:
 corretta
 non corretta

DEAMBULAZIONE

spontanea
 assistita

PIAGHE DA DECUPITO

assenti
 presenti
▪ una sede _____ stadio _____
▪ più sedi _____ stadio _____

TUTELA FISICA

Necessita di contenzioni: SI NO

Tipologia _____



**Centro Servizi "Residenza Le
Rose"
CERTIFICAZIONE MEDICA DI
ACCESSO**

Servizi Sociali S.p.A.

DEFICIT FUNZIONALE

- | | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Incontinenza | <input type="checkbox"/> urinaria | <input type="radio"/> prevalentemente notturna |
| | | <input type="radio"/> da urgenza |
| | | <input type="radio"/> diurna saltuaria |
| | | <input type="radio"/> notturna e diurna |
| | <input type="checkbox"/> fecale | |
| | <input type="checkbox"/> globale | |
| <input type="checkbox"/> Ritenzione cronica d'urina | | <input type="radio"/> vescica neurogena |
| | | <input type="radio"/> stenosi uretrale |
| <input type="checkbox"/> Colostomia | - specificare intervento eseguito | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ileostomia | - specificare intervento eseguito | _____ |
| <input type="checkbox"/> Urostomia | <input type="radio"/> Ureterocutaneostomia singola | |
| | <input type="radio"/> Ureterocutaneostomia bilaterale | |
| | <input type="radio"/> Neovescica ileale | |

STATO NUTRIZIONALE

- | | | | |
|-----------------------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nella norma | | | |
| <input type="checkbox"/> deficit nutrizionale | → | <input type="checkbox"/> moderato | <input type="checkbox"/> grave |
| <input type="checkbox"/> obesità | | | |
| <input type="checkbox"/> in nutrizione | → | <input type="checkbox"/> enterale | <input type="checkbox"/> parentale |

NECESSITA' DI SUPPORTO RESPIRATORIO

- tracheostomia
- ossigenoterapia continua
- broncoaspirazione
- ventiloterapia

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Terapia attuale

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI



**Centro Servizi "Residenza Le
Rose"
CERTIFICAZIONE MEDICA DI
ACCESSO**

Servizi Sociali S.p.A.

PROTESI ED AUSILI

Trattamento riabilitativo in corso: SI No

Il richiedente non presenta segni clinici di malattie infettive in atto e può vivere in comunità SI NO

Data ____ / ____ / ____

Timbro e firma del Medico
