

# CERTIFICATO MEDICO CASA RUSCONI

**ESITO DELLA VISITA MEDICA** praticata al... Sig./ra .....  
nat... a ..... il .....  
abitante a Trieste in via/piazza .....

## ANAMNESI

Patologica remota:.....  
.....  
.....

Patologica prossima:.....  
.....  
.....

## DIAGNOSI

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

## TERAPIA ATTUALE

(indicare chiaramente in stampatello il nome del farmaco, la dose e gli orari di somministrazione)

| FARMACO  | POSOLOGIA |
|--|-----------|
|  |           |
|  |           |
|  |           |
|  |           |
|  |           |
| <b>INDICAZIONE SU PARTICOLARI NECESSITA' ALIMENTARI:</b> |           |
|  |           |
|  |           |
|  |           |

| <b>CAPACITA'</b>                    | <b>DEFINIZIONE</b>       |                                  |                           |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <b>CURA DELLA PERSONA</b>           | <b>autonoma assente</b>  | <b>con controlli occasionale</b> | <b>con aiuto abituale</b> | <b>dipendente totale</b> |
| alimentazione                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| igiene personale                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| igiene ambiente                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| abbigliamento                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| incontinenza                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>DI SPOSTARSI E DI ORIENTARSI</b> | <b>normale</b>           | <b>con aiuto</b>                 | <b>costretto menomato</b> | <b>allettato assente</b> |
| deambulazione                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| visiva                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| uditiva                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>FACOLTA' PSICHICHE</b>           | <b>totale buona</b>      |                                  | <b>parziale mediocre</b>  | <b>assente</b>           |
| di ragionare                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| di decidere                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| di memoria                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| di identificazione                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| di socializzare                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

### **AI FINI DELL'ACCOGLIENZA IL CENTRO DI AGGREGAZIONE**

Ritengo che il /la signor.. .....

- autosufficiente
- parzialmente autosufficiente

è IDONEO ALLA VITA DI COMUNITA'.

### **DA COMPILARE IN CASO DI RICHIESTA DI ATTIVITA' MOTORIA**

Si attesta l'idoneità del/la sig./ra .....  
all'attività motoria non agonistica.

In fede.

Trieste, .....

IL MEDICO CURANTE

.....

*N.B. Il presente certificato sanitario è valido soltanto se compilato per intero e con firma, indirizzo del medico leggibili e timbro.*