



## **CERTIFICATO MEDICO**

### **per l'accoglimento in Struttura residenziale per anziani non autosufficienti**

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

#### **ANAMNESI**

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

#### **ESAME OBIETTIVO**

Tessuto linfoghiandolare: .....  
Tessuto adiposo: .....  
Muscoli, ossa: .....  
CUTE (giudizio dermatologico): .....  
..... ed, inoltre, è **esente da malattie infettive, contagiose e/o parassitarie.**

Altezza: ..... Peso: ..... Pressione arteriosa: .....  
Apparato circolatorio: .....  
Apparato digerente: .....  
Apparato urogenitale: .....

#### **DIAGNOSI**

.....  
.....

#### **ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI**

Presenti:  SI  NO

Se SI a quali sostanze .....

#### **COVID 19**

Data vaccinazioni

1: ..... 2: ..... 3: ..... 4: .....

Data tamponi Positivi

1: ..... 2: ..... 3: ..... 4: .....

Note:

**TERAPIA ATTUALE**

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

FARMACO	DOSE	ORARIO SOMMINISTRAZIONE
<b>EVENTUALE FARMACO AL BISOGNO</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>discreta</b>	<b>parziale</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"/>

**SINTESI DEI BISOGNI**

Ritengo che il /la signor.. ..

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> parzialmente autosufficiente               | <input type="checkbox"/> non autosufficiente |
| <input type="checkbox"/> necessiti di:                              | <input type="checkbox"/> cure igieniche      |
|   | <input type="checkbox"/> cure mediche        |
|   | <input type="checkbox"/> osservare dieta     |
| <input type="checkbox"/> non necessiti di particolari cure o diete. |  |

Dichiaro che .l.. stess.. è in condizioni generali fisico-psichiche

- buone       discrete       scadenti
- è in grado di badare a se stess...
- non in grado di badare a se stess...

Dichiaro che .l.. stess...       non versa       versa

in particolari situazioni cliniche che possano interferire con l'utilizzo del prodotto a base di permetrina al 5% in crema utilizzato per il trattamento preventivo per contrastare il manifestarsi della ectoparassitosi (scabbia),

e, pertanto,       autorizza       non autorizza

il trattamento di cui sopra per contrastare l'insorgere della ectoparassitosi che sarà effettuato all'ingresso nella struttura.

*Trieste, .....*

**IL MEDICO CURANTE FIRMA**

**IL MEDICO CURANTE TIMBRO**