

DOMANDA DI AMMISSIONE

CERTIFICATO MEDICO

Dati generici:

Paziente:

Nome, cognome:

Data di nascita:

Matricola tessera sanitaria nr.:

Recapito attuale:

dal:

Prenotazione per:

ricovero

ricovero temporaneo

assistenza diurna

Medico proponente:

(timbro del medico o della struttura)

Nome del medico di base:

Motivo della richiesta di istituzionalizzazione:

Diagnosi:

Descrizione funzionale con indicazione di tipo e grado della perdita di autonomia, eventuali eventi acuti, interventi chirurgici effettuati (dove e quando):

Apparato respiratorio	
Apparato	
cardiocircolatorio	
Sistema arterio	
Sistema venoso	
Apparato genito-urinario	
Apparato digerente	
Apparato motorio	
Mobilità	
Metabolismo	
Diabete mellito	
Sistema nervoso	
Sindrome parkinsoniana	
Psiche	
Demenza	
Depressione	
Dipendenze	
Dolore	
Organi di senso	
Cute	
Decubito	
Tumori	

Trattamento:

Farmaci:	mattina	mezzogiorno	sera	notte

Necessita di:

fisioterapia:

ergoterapia:

logopedia:

dieta speciale (se sì, quale?):

nutrizione enterale:

catetere a permanenza:

anus praeter:

aspirazione tracheale:

ossigenoterapia:

malattie infettive: NO SI :.....

Allergie: NO SI :.....

**Osservazioni -
problematiche:**

(esigenze terapeutico-assistenziali, abitudini, disturbi comportamentali, compatibilità ambientale ecc.)

Abuso di farmaci:

Abuso di alcol

Fumo

Limitazioni funzionali:

Disturbi comportamentali:

Disturbi psichici:

altro (specificare prego):

Indicazioni e consigli del medico:

Luogo, data

firma, timbro



ALLEGATO A

Il Sottoscritto Dr _____

M.M.G. Medico Ospedaliero Medico di Struttura

del Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____

Portatore della/e seguente patologia/e: _____

Problemi clinici attivi: _____

Terapia farmacologia in atto (denominazione farmaco e posologia): _____

Assume farmaci autonomamente SI NO

Allergie a farmaci _____

DICHIARA sotto la propria responsabilità che trattasi di paziente CRONICO/STABILIZZATO :

- AUTOSUFFICIENTE con necessità di minimo supporto assistenziale
- NON AUTOSUFFICIENTE con necessità di supporto infermieristico /assistenziale

JESI.....

Timbro e Firma del Medico



ALLEGATO A

Il Sottoscritto Dr _____

M.M.G. Medico Ospedaliero Medico di Struttura

del Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____

Portatore della/e seguente patologia/e: _____

Problemi clinici attivi: _____

Terapia farmacologia in atto (denominazione farmaco e posologia): _____

Assume farmaci autonomamente SI NO

Allergie a farmaci _____

DICHIARA sotto la propria responsabilità che trattasi di paziente CRONICO/STABILIZZATO :

- AUTOSUFFICIENTE con necessità di minimo supporto assistenziale
- NON AUTOSUFFICIENTE con necessità di supporto infermieristico /assistenziale

JESI.....

Timbro e Firma del Medico