

	<b>CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI BASE</b>	MA.01	1 di 3
	VILLA SERENA SRL	REV.06	03/04/2019

**SITUAZIONE ANAGRAFICA**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_

Cod. Reg. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ esenzioni \_\_\_\_\_

Recapito telefonico da contattare \_\_\_\_\_

Medico Curante \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ESAME OBIETTIVO**

Apparato cardiorespiratorio:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Necessita di ossigeno:  Sì  No

Apparato gastroenterico:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Apparato genito-urinario:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Apparato neuromuscolare:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Apparato osteoarticolare:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Apparato endocrino:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	<b>CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI BASE</b>	MA.01	2 di 3
	VILLA SERENA SRL	REV.06	03/04/2019

Cute: \_\_\_\_\_

Occhi: \_\_\_\_\_

Orecchie: \_\_\_\_\_

Bocca: \_\_\_\_\_

P.A.: \_\_\_\_\_ Peso kg.: \_\_\_\_\_ Altezza: \_\_\_\_\_

ABITUDINI: Fumatore:  Sì  No Se sì, numero di sigarette al giorno: \_\_\_\_\_

Fa uso di alcolici:  Sì  No Quantità:  modica  alcolista

VACCINAZIONI: antitetanica:  Sì  No Data somm.ne: \_\_\_\_\_

antinfluenzale:  Sì  No Data somm.ne: \_\_\_\_\_

Altre vaccinazioni: \_\_\_\_\_

Allergie e/o intolleranze alimentari: \_\_\_\_\_

Terapia attuale e posologia: \_\_\_\_\_

#### NOTIZIE DI INTERESSE ASSISTENZIALE

Deambulazione:  autonoma  bastone/i  deambulatore  impossibile

Se impossibile:  si alza autonomamente in carrozzina  
 deve essere alzato in carrozzina  
 è costantemente allettato

Eliminazione: è incontinente  Sì  No deve essere accompagnato in bagno  Sì  No

urine  feci  urine e feci

Uso di:  pannolone  condom  catetere a permanenza

Alvo:  regolare  diarroico  stitico  uso regolare di lassativi  uso saltuario di lassativi

Piaghe da decubito:  Sì  No Se sì in quali zone e di che grado: \_\_\_\_\_

Trattamento attuale: \_\_\_\_\_

#### ALIMENTAZIONE

autonoma  con piccolo aiuto  deve essere imboccato  
 alimentazione entrale con sondino gastrico  
 denti propri  protesi  edentulo  
 dieta solida  dieta semisolida  dieta liquida

	<b>CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI BASE</b>	MA.01	3 di 3
	VILLA SERENA SRL	REV.06	03/04/2019

Diete speciali: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

IGIENE PERSONALE:  autonoma       con piccolo aiuto       totalmente dipendente

SI VESTE:                       da solo                       con piccolo aiuto                       totalmente dipendente

RITMO SONNO/VEGLIA:  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 sì, quali interventi di riabilitazione: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Pregressa TBC                      SI     NO     Malattie contagiose                      SI     NO   
 Può vivere in comunità      SI     NO

Autosufficiente  
 Parzialmente autosufficiente

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico di famiglia  
 \_\_\_\_\_

**Spazio riservato al nuovo medico di base**

Riconciliazione dei dati sanitari e farmacologici:       Sì       No

Note: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Spazio riservato a Villa Serena**

Presenza visione del medico di Struttura e valutazione al ricovero in Casa di Riposo

per autosufficienti                       con assistenza infermieristica                       con richiesta per RSA

Il Medico di Struttura (data e firma): \_\_\_\_\_

L'Amministratore Delegato autorizza il ricovero (data e firma): \_\_\_\_\_

N.B.: il presente certificato si intende valido per 30 giorni a partire dalla data di emissione.