

# SCHEDA MEDICA

per ammissione in residenza per anziani autosufficienti

In riferimento alla domanda di inserimento nella residenza per anziani per autosufficienti gestita dal Comune di Pecetto T.se da parte del/la

Signor/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_,

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di medico curante

## DICHIARA

quanto segue

### CENNI ANAMNESTICI

---

---

---

---

---

### RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI TRE ANNI

---

---

---

---

---

### TERAPIE IN ATTO

---

---

---

---

---

---

### NECESSITA' DI ATTENZIONI PARTICOLARI

---

---

---

---

---

		(Specificare)	
<b>PESO</b>	<b>Kg</b>		
<b>PORTATORE DI PROTESI</b>	<b>No</b>		
	<b>Si (tipo)</b>		
<b>CONDIZIONI PSICO-INTELLETTIVE</b>	<b>Lucidità</b>		
	<b>Fase di confusione e disorientamento</b>		
	<b>Persistente disorientamento spazio-temporale</b>		
	<b>Agitazione psicomotoria</b>	<b>Lieve</b>	
		<b>Modesta</b>	
		<b>Grave</b>	
	<b>Depressione del tono dell'umore</b>		
	<b>Stati morbosi in atto o presunti</b>		
<b>Aggressività</b>			
<b>MOBILITA'</b>	<b>Autonoma</b>		
	<b>Salire, scendere le scale</b>		
	<b>Cammina con aiuto</b>		
<b>ALIMENTAZIONE</b>	<b>Autonoma</b>		
	<b>Deve essere imboccato</b>		
	<b>Rifiuto del cibo</b>		
	<b>Diete particolari</b>		
	<b>Intossicazioni croniche</b>		
	<b>Altro</b>		
<b>IGIENE DEL CORPO</b>	<b>Autonoma</b>		
	<b>Utilizzo dei servizi igienici</b>		
	<b>Parzialmente autonoma</b>		
	<b>Non autonoma</b>		

## CONDIZIONI GENERALI

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<i>RECAPITO MEDICO CURANTE</i>		
Cellulare		
Abitazione		
Studio	Indirizzo	
	Telefono	

Data

Timbro e Firma del medico curante