

FONDAZIONE ISTITUTO SAN CAMILLO <i>Struttura residenziale per anziani</i> Via Ospedale 38 -12044 CENTALLO Tel.0171/214037	DOMANDA DI AMMISSIONE IN STRUTTURA / RELAZIONE DEL MEDICO	Mod.: COM 05 /A
		Rev.: 05

DOMANDA DI AMMISSIONE IN STRUTTURA

Cognome e Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza _____

Telefono _____

A CURA DEL MEDICO

Certifico di aver visitato in data odierna il Sig./a : _____

E di aver riscontrato : **A.P.R. (Anamnesi Patologica Remota)**

A.P.P. (Anamnesi Patologica Presente) _____

DIAGNOSI

TERAPIA IN CORSO _____

Dichiaro inoltre che il medesimo è esente da malattie contagiose tali da pregiudicare le convivenza in Comunità per anziani.

FONDAZIONE ISTITUTO SAN CAMILLO <i>Struttura residenziale per anziani</i> Via Ospedale 38 -12044 CENTALLO Tel.0171/214037	DOMANDA DI AMMISSIONE IN STRUTTURA / RELAZIONE DEL MEDICO	Mod.: COM 05 /A
		Rev.: 05

Funzioni segnalate dal medico curante ai fini della valutazione del grado di autosufficienza:

A) Funzioni psichiche:

B) Funzioni cardiovascolari

C) Funzioni neurologiche, sensitive e motorie:

D) eventuali necessità di assistenza alla persone per espletamento delle funzioni quotidiane quali igiene personale, aiuto all'alimentazione, aiuto alla deambulazione,

CONDIZIONI DI AUTOSUFFICIENZA

BUONA DISCRETA SCARSA NULLA

CONDIZIONI PSICO – INTELLETTIVE

Lucidità	DISCRETA	SCARSA	ASSENTE
Fase di confusione e disorientamento	SI'	NO	
Persistente disorientamento spazio - temporale			
Agitazione psico – motoria:	MODESTA		GRAVE
Depressione del tono dell'umore	MODESTA		GRAVE
Deambulazione	SI'	SCARSA	ASSENTE

MOBILITA'

**Autonoma
Cammina con aiuto
Necessita di carrozzella
Costretto al letto**

ALIMENTAZIONE

**Autonoma
Deve essere imboccato
Rifiuta il cibo
Diete particolari
Altro**

FONDAZIONE ISTITUTO SAN CAMILLO <i>Struttura residenziale per anziani</i> Via Ospedale 38 -12044 CENTALLO Tel.0171/214037	DOMANDA DI AMMISSIONE IN STRUTTURA / RELAZIONE DEL MEDICO	Mod.: COM 05 /A
		Rev.: 05

INCONTINENZA

No
Occasionale
Abituale (urina)
Doppia incontinenza

IGIENE DEL CORPO

Autonoma
Parzialmente autonoma
Non autonoma

PIAGHE DA DECUBITO

No una sede più sedi superficiale profonde
Zone interessate _____

TRATTAMENTO RIABILITATIVO

Riattivazione generale FKT

L'INTERESSATO/A SI TROVA ATTUALMENTE PRESSO:

Proprio domicilio _____

Struttura assistenziale _____

Ospedale _____

RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI TRE ANNI:

**PERTANTO E' AMMISSIBILE NELLA STRUTTURA RESIDENZIALE
PER AUTOSUFFICIENTI E NON AUTOSUFFICIENTI.**

DATA

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE
DEL MEDICO
