	CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI BASE	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:

	CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI BASE	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

	CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI BASE	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

COMPORTEMENTO: 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.