

ALL N.1

Esito della visita medica effettuata al/alla Sig./ra _____
 nato/a a _____ il _____

ANMNESI

Patologia Remota _____

Patologia Progressiva _____

Allergie Note : _____

Condizioni generali	<input type="radio"/> Buone	<input type="radio"/> Discrete	<input type="radio"/> Compromesse	<input type="radio"/> Gravi Stato	
mentale	<input type="radio"/> Lucido	<input type="radio"/> Apatico	<input type="radio"/> Confuso	<input type="radio"/> Stuporoso	
Deambulazione	<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Con aiuto	<input type="radio"/> Sedia a rotelle	<input type="radio"/> Allettato	
Mobilità	<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Limitata	<input type="radio"/> Molto limitata	<input type="radio"/> Immobile	
Incontinenza	<input type="radio"/> Assente	<input type="radio"/> Occasionale	<input type="radio"/> Abituale	<input type="radio"/> Doppia	
Accede ai servizi	<input type="radio"/> Da solo	<input type="radio"/> Con aiuto	<input type="radio"/> Dipendenza totale		
<u>Si lava</u>	<input type="radio"/> Da solo	<input type="radio"/> Con aiuto	<input type="radio"/> Dipendenza totale		
Si veste	<input type="radio"/> Da solo	<input type="radio"/> Con aiuto	<input type="radio"/> Dipendenza totale		
Si nutre	<input type="radio"/> Da solo	<input type="radio"/> Con aiuto	<input type="radio"/> Dipendenza totale		
Sensorio	<input type="radio"/> Cecità	<input type="radio"/> Sordità	<input type="radio"/> Ipovisus	<input type="radio"/> Ipoacusia	<input type="radio"/> Vigile
Decubiti	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sì	Localizzazione:		

Atteggiamento auto/etero aggressivo SI NO A volte

ALIMENTAZIONE

Normale

Dieta particolare specificare: _____

CONCLUSIONI:

Si dichiara che il/la Sig./ra _____ risulta idoneo/a a essere ammesso/a in struttura assistenziale non sanitaria in quanto al momento non vi sono cause che possano essere di impedimento alla vita di collettività.

N.B. ALLEGARE UNA PRESENTAZIONE DETTAGLIATA STILATA DAL MEDICO CURANTE ATTESTANTE LE CONDIZIONI PSICO-FISICHE DELL'ANZIANO/A.

Luogo _____, lì _____

IL MEDICO
(timbro e firma)