

**CERTIFICAZIONE MEDICA
SU DISABILITÀ, STATO DI SALUTE E TERAPIA FARMACOLOGICA**

Ai fini della valutazione della domanda di ammissione ad accesso privato al servizio Centro Diurno per anziani, sito a Rovereto in via Vannetti n. 2, **si chiede al medico di medicina generale** di compilare la presente scheda, che sarà trasmessa al Dirigente medico Coordinatore sanitario delle RSA gestite dall'A.p.s.p. C. Vannetti di Rovereto.

COGNOME e NOME _____

Data di nascita _____ Sesso M ☐ F ☐

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'

A. MOBILITA' PERSONALE	B. CAPACITA' DI ACCUDIRE A SE STESSO
1. CAMMINA ALL'APERTO ED E' CAPACE DI FARE LE SCALE senza difficoltà ☐ 1 da solo con difficoltà ☐ 2 aiutato parzialmente ☐ 3 con aiuto totale ☐ 4	4. MANGIA da solo senza difficoltà ☐ 1 sa solo con qualche difficoltà ☐ 2 aiutato parzialmente ☐ 3 con aiuto totale ☐ 4
2. STA IN PIEDI E SI MUOVE IN PIANO senza difficoltà ☐ 1 con difficoltà moderata ☐ 2 solo con aiuto di persona ☐ 3 non è capace ☐ 4	5. SI VESTE da solo senza difficoltà ☐ 1 da solo con qualche difficoltà ☐ 2 solo se aiutato ☐ 3 non è capace ☐ 4
3. ENTRA ED ESCE DAL LETTO senza difficoltà ☐ 1 con difficoltà moderata ☐ 2 solo se aiutato ☐ 3 non è capace ☐ 4	6. USA IL GABINETTO da solo ☐ 1 solo se aiutato ☐ 2 non lo usa ☐ 3

C. COMPORTAMENTO

	Mai	Meno 1 volta alla settimana	Sempre
disturba di giorno e di notte	☐ 1	☐ 2	☐ 3
si oppone alle persone che lo assistono	☐ 1	☐ 2	☐ 3
è aggressivo nei confronti di se stesso, degli altri delle cose	☐ 1	☐ 2	☐ 3
è apatico e privo di interessi	☐ 1	☐ 2	☐ 3
convive senza problemi con gli altri	☐ 1	☐ 2	☐ 3

D. ORIENTAMENTO

Dice nome, cognome ed età SI ☐ NO ☐
Dice il giorno della settimana SI ☐ NO ☐
Riesce a trovare il letto ed il bagno SI ☐ NO ☐

AFFETTO DA:

01 - DEMENZA ☐	14 - VERTIGINI ☐
02 - MALATTIE PSICHICHE ☐	15 - ASMA ☐
03 - MORBO DI PARKINSON ☐	16 - DISPNEA ☐
04 - EPILESSIA ☐	17 - EDEMI ☐
05 - ETILISMO ☐	18 - IPERTENSIONE ☐
06 - DIABETE ☐	19 - VOMITO ☐
07 - PARALISI ☐	20 - COLICHE ADDOMINALI ☐
08 - TUMORI ☐	21 - DIARREA ☐
09 - ARTROSI ☐	22 - STIPSI ☐
10 - ESITI DI FRATTURE ☐	23 - INCONTIN. URINARIA ☐
11 - GRAVI RIDUZIONI DELL'UDITO ☐	24 - INCONTIN. FECALE ☐
12 - GRAVI RIDUZIONI DELLA VISTA ☐	25 - PIAGHE DA DECUBITO ☐
13 - CEFALEA ☐	26 - AMPUTAZIONI (specificare) ☐

PORTA PROTESI

- 27 - ORTOPEDICHE ☐
28 - ACUSTICHE ☐
29 - CATETERE ☐
30 - ANO PRETERNATUR. ☐
31 - PACE-MAKER ☐

ESIGENZE DIETETICHE

VALORI PRESSIONE ARTERIOSA _____

DIAGNOSI ACCERTATA _____

1 - E' affetta da malattie contagiosesi ☐ no ☐

(eventualmente quali) _____

2 - E' affetta da patologia psichiatrica specificasi ☐ no ☐

(eventualmente quale) _____

Per questa patologia :

A - è (o è stata) seguita dal S.S.M. di _____ prov. _____ dottor _____

B - è stata ricoverata nei seguenti periodi : _____

3 - E' affetta da etilismosi ☐no ☐

in forma :

A - episodica

B - periodica

C - incontrollata, imponente e disturbante

4 - E' affetta da sindrome psicorganicasi ☐no ☐

(eventualmente quale) _____

A - i sintomi sono presenti da : _____

B - è stata seguita : - ambulatoriamente
- a domicilio

C - è stata ricoverata presso : _____

5 – Sono stati eseguiti i seguenti esami clinici:

- A) Rx torace si ☐ no ☐
- B) Mantoux si ☐ no ☐

6 - Risulta una positività dei seguenti esami:

- A) HBsAg si ☐ no ☐
- B) HCV si ☐ no ☐
- C) Anticorpi antitreponema si ☐ no ☐

7 - Attuale terapia e posologia (da indicare in modo dettagliato) :

NOME FARMACO

POSOLOGIA

_____, addì ____/____/____

IL MEDICO
