

**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 DISABILITÀ

A. MOBILITA' PERSONALE	B. CAPACITA' DI ACCUDIRE A SÈ STESSO
1. CAMMINA ALL'APERTO ED È 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 ☐ da 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 DI 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 sé stesso, delle cose e degli altri	☐ 1	☐ 2	☐ 3
è apatico e privo di interessi	☐ 1	☐ 2	☐ 3
convive senza problemi con gli altri	☐ 1	☐ 2	☐ 3



2 – È affetta da patologia psichiatrica specifica

Sì ☐ NO ☐

(eventualmente quale) _____

Per questa patologia:

A – è (o è stata) seguita dal S.S.M. di _____ prov. _____ dott. _____

B – è stata ricoverata nei seguenti periodi: _____

3 – È affetta da etilismo

Sì ☐ NO ☐

In forma:

A – episodica

B – periodica

C – incontrollata, imponente e disturbante

4 – È affetta da sindrome psicorganica

Sì ☐ 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 Sì ☐ NO ☐

B – Mantoux Sì ☐ NO ☐

6 – Risulta una positività dei seguenti esami:

A – HbsAg Sì ☐ NO ☐

B – HVC Sì ☐ NO ☐

C - Anticorpi antitreponema Sì ☐ NO ☐



7 – Attuale terapia e posologia (da indicare in modo dettagliato)*

TERAPIA ASSUNTA A DOMICILIO

FARMACO	ORE_____	ORE_____	ORE_____	ORE_____

TERAPIA ASSUNTA PRESSO IL CENTRO DIURNO

FARMACO	ORE_____	ORE_____	ORE_____	ORE_____

Indicare eventuali allergie (farmaci e alimenti)

Indicazioni dietetiche

DIETA	VA	RESTRITTIVA

** Indicazioni da aggiornare ad ogni variazione terapeutica*

Luogo _____

Il Medico

Data _____
