

**Certificazione sanitaria**



Riservato alla struttura \_\_\_\_\_

Data accettazione: \_\_\_\_\_

Nome.....Cognome.....

Nato a ..... il .....

**Relazione sanitaria del medico curante**

*(a cura del medico curante)*

INDICI FUNZIONALI				
	Autonomo	Con supervisione	Con aiuto	Totale dipendenza
Trasferimenti letto /sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomozione su sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICI COGNITIVI					
Demenza certificata da UVA ospedaliera <input type="checkbox"/> Sì data: <input type="checkbox"/> No	Assente	Lieve	Moderata	Grave	
Confusione/orientamento spazio temporale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vagabondaggio afinalistico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allucinazioni (visive e/o uditive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aggressività (verbale e/o fisica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inversione ritmo sonno/veglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>PROFILI di GRAVITA'</b>		
<b>Lesioni cutanee</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>da pressione</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Sede</b>	
<b>vascolari</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Sede</b>	
<b>Ausili per il movimento</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Bastone / deambulatore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> ASL	
Carrozzina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> ASL	
<b>Gestione incontinenza</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pannolone / catetere esterno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ano artificiale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Stomia</b>	<input type="checkbox"/> SI    specificare.....	<input type="checkbox"/> NO
<b>Alimentazione artificiale</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S.N.G. (sondino naso gastrico)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P.E.G.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Insufficienza respiratoria</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ossigeno al bisogno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ossigeno costante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Dialisi</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi extracorporea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Allergie Farmaci</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Allergie Alimenti</b>	<input type="checkbox"/> SI.....	<input type="checkbox"/> NO
<b>Patologie infettive / contagiose in atto</b>	<input type="checkbox"/> SI.....	<input type="checkbox"/> NO

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA e PROSSIMA**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO** (indicare farmaco e posologia)

.....  
.....  
.....  
.....

**NOTE:**.....  
.....  
.....

**Nome e cognome del MMG** .....

**Tel.**..... **e - mail** .....

.....  
timbro e firma del medico

.....  
data di compilazione  
(La presente certificazione ha validità annuale)