

FONDAZIONE Moroni-Antonini-Morganti
OSTRA

CERTIFICATO MEDICO

PER L'AMMISSIONE

ESITO DELLA VISITA MEDICA praticata al Sig.

nat... ail..... residente a

Vian°

notizie preliminari

da quanti anni cura il/la paziente?

- paziente occasionale da qualche anno
 da pochi mesi da molti anni

ANAMNESI

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

RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI DUE ANNI

Ricoveri N. giorni complessivi di ricovero (circa).....

malattie che l'anno determinato.....

ULTIMO ricovero ospedaliero: data di entratadata di dimissione.....

diagnosi:

NOTIZIE SULLO STATO PSICHICO E MENTALE (rispondere si o no)

- L'anziano: - è agitato? _____
 - è vigile? _____
 - è provvisto di capacità critica? _____
 - possiede la memoria recente? _____
 - possiede la memoria remota? _____
 - ha l'orientamento temporo-spaziale? _____
 - è soggetto a forti crisi depressive? _____
 - è stato ricoverato in case di Cura per malattie mentali? _____
 - è stato o è seguito dai Centri d'igiene Mentale? _____

MALATTIE INFETTIVE

L'anziano ha in atto malattie infettive?

Se si, quali?.....

.....

In passato ha avuto malattie infettive?

Se si, quali?.....

.....

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE

.....

.....

DIAGNOSI

.....

.....

.....

.....

TERAPIE IN CORSO

.....

.....

.....

.....

CONCLUSIONE AI FINI DELL'AMMISSIONE

Ritengo che ...l... anzian...**è/non è** bisognosa di particolari cure igieniche, dietetiche e medicamentose.

Dichiaro che ...l...anzian...**è/non è** in buone condizioni fisico-psichiche e in grado di attendere a se stesso.

In fede.

IL MEDICO

Data.....

.....

(timbro e firma)

N.B.: Il presente certificato, che sarà parte integrante della cartella personale dell'assistito, è valido soltanto se compilato per intero con firma ed indirizzo del medico leggibili.