

Data di emissione: 21.01.2015

Approvazione: IL DIRETTORE

NOTIZIE INFORMATIVE SULLE CONDIZIONI GENERALI DELL'OSPITE:

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1. Accudisce autonomamente all'igiene personale | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 2. Si muove con totale autonomia | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 3. Ha bisogno di essere accompagnato | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 4. Ha bisogno di carrozzella o ausili che agevolano gli spostamenti | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 5. Usa pannoloni o traverse | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 6. E' allettato | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 7. E' possibile un recupero motorio | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 8. E' persona diabetica | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 9. Ha particolari esigenze dietetiche
Se sì specificare quali _____ | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 10. E' persona capace di vivere in comunità | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 11. E' persona affetta da malattie infettive | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 12. E' persona pacifica | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 13. Può essere pericolosa a sè o agli altri | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 14. E' persona affetta da arteriosclerosi o turbe psichico-mentali
da pregiudicare l'inserimento in comunità | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 15. E' seguito o è stato seguito dai servizi psichiatrici | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |

Allegare:

- lettere di dimissioni da eventuali ricoveri ospedalieri
- referti di visite specialistiche eseguite nell'ultimo anno
- referti di esami di laboratorio eseguiti nell'ultimo anno
- referti di indagini radiologiche eseguite nell'ultimo anno

Data _____

IL MEDICO CURANTE
(timbro e firma)

N.B.: Al momento dell'ingresso, il medico dell'APSP verificherà con il medico curante eventuali variazioni dello stato di salute della persona intercorse dalla data di compilazione del presente quadro clinico.

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

Dal punto di vista sanitario, si ritiene che la persona presentata possa essere ospitata presso

- la Casa di Soggiorno
 la R.S.A.

dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Casa Laner" di Folgaria.

IL DIRETTORE SANITARIO

Folgaria, _____
