

Data di emissione: 27/12/2023

Approvazione: IL DIRETTORE

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 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 si 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. Può essere pericolosa a sè o agli altri | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 13. E' affetto da demenza con disturbi del comportamento | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 14. E' persona affetta da patologie psichiatriche che possono
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 |
| 16. Soffre di insonnia | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 17. Soffre di disfagia | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 18. Ha tentato/è a rischio di fuga dal domicilio/altra struttura | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

Data _____

IL MEDICO CURANTE
(timbro e firma)

VALUTAZIONE SANITARIA RISERVATA AL COORDINATORE SANITARIO

Favorevole all'ingresso presso i Servizi Residenziali:

- Casa Soggiorno
- R.S.A.

NON favorevole all'ingresso presso i Servizi Residenziali per le seguenti motivazioni:

IL COORDINATORE SANITARIO

Folgaria, _____
