

Data di emissione: 16/10/2018

Approvazione: IL DIRETTORE

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 9. E' persona capace di vivere in comunità | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 10. E' persona affetta da malattie infettive | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 11. Può essere pericolosa a sè o agli altri | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 12. E' affetto da demenza con disturbi del comportamento | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 13. E' persona affetta da patologie psichiatriche che possono pregiudicare l'inserimento in comunità | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 14. E' seguito o è stato seguito dai servizi psichiatrici | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 15. Soffre di disfagia | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 16. 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)

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 all'ingresso in Struttura.

Con la seguente firma dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati e sulle modalità di trattamento dei dati personali e sensibili posta in essere dall'A.P.S.P. "Casa Laner" (pubblicata sul sito www.casalaner.it nonché disponibile presso gli uffici) e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento.

Mi impegno ad allegare documentazione recente e terapia in atto al momento dell'ingresso in Struttura.

Data _____

Firma referente

VALUTAZIONE SANITARIA RISERVATA AL COORDINATORE SANITARIO

- Favorevole** all'ingresso presso il Centro Diurno;
- NON favorevole** all'ingresso presso il Centro Diurno per le seguenti motivazioni:

IL COORDINATORE SANITARIO

Folgaria, _____
