

Data di emissione: 27/12/2023

Approvazione: IL DIRETTORE

COMUNICAZIONI MEDICO-SANITARIE:

Si dichiara che il/la Sig./ra _____

nato/a _____ il _____ e residente a _____

n. codice sanitario | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

n. esenzione ticket | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Proveniente da:

- Domicilio
- Ospedale _____
- Altro Istituto _____

Presenta la seguente diagnosi:

La terapia seguita attualmente è la seguente (specificare posologie e orari):

NOTIZIE INFORMATIVE SULLE CONDIZIONI GENERALI DELL'UTENTE:

- 1. Si alimenta in autonomia SÌ NO
- 2. Si muove con totale autonomia SÌ NO
- 3. Necessita di essere accompagnato SÌ NO
- 4. Utilizza carrozzina o ausili che agevolano gli spostamenti SÌ NO
- 5. E' persona incontinente con uso di pannoloni o traverse SÌ NO
- 6. E' allettato SÌ NO

Data di emissione: 27/12/2023

Approvazione: IL DIRETTORE

7. E' persona diabetica

<input type="checkbox"/>	SÌ	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

8. Ha particolari esigenze dietetiche

<input type="checkbox"/>	SÌ	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

Se sì specificare quali _____

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)

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, _____
