

CERTIFICATO MEDICO

Cognome e Nome:

Data di nascita:

Indirizzo:

Cap / Località:

Diagnosi principale:

Diagnosi secondarie:

Allergie:

Stato di coscienza: Orientato Disorientato: Spazio Luogo Tempo Persona

Mini Mental Test (risultato): _____ effettuato il _____

Rischio di caduta: Si No

Rischio di fuga: Si No

Grado di dipendenza: Autonomo Parzialmente dipendente Dipendente

Mobilità: deambulazione libera - mezzi ausiliari → specificare: _____

Situazione sociale: Vive a casa da solo Vive a casa con una badante Vive a casa con i familiari

Seguito dall'aiuto domiciliare → specificare servizio: _____

Settore: Risorse

23_07-B-
 Certificato_medico_di_ammissione



Terapia Farmacologica attuale (indicare posologia):

FARMACO	MA	ME	SE	Notte	OSSERVAZIONI

Terapia di riserva:

FARMACO	MA	ME	SE	Notte	OSSERVAZIONI

Medicazioni:

LOCALIZZAZIONE:	
TRATTAMENTO:	

Motivi che concorrono alla richiesta di ammissione:

- Sollievo familiare - Problemi sociali (isolamento, ansia, bisogno di sicurezza) –
 Migliorare l'autonomia in previsione di un rientro a domicilio
 Altri motivi (specificare)

Luogo e data:

Medico curante: