



Certificato medico per ammissione in Residence Humanitas

- Casa di quartiere
- Gruppo appartamento

del/della Sig./sig.ra _____

Condizioni Generali

- 1) Buone
- 2) Discrete
- 3) Scadenti
- 4) Pessime

Stato Mentale

- 1) Lucido
- 2) Apatico
- 3) Confuso
- 4) Agitato
- 5) Aggressivo

Deambulazione

- 1) Normale
- 2) Con aiuto
- 3) Con deambulatore
- 4) Costretto sulla sedia
- 5) Costretto a letto

Mobilità

- 1) Normale
- 2) Poco limitata
- 3) Molto limitata
- 4) Immobile

Incontinenza

- 1) Assente
- 2) Occasionale
- 3) Abituale
- 4) Doppia

Alimentazione

- 1) Autonoma
- 2) Con aiuto
- 3) SNG
- 4) PEG

Si richiede: Assenza di assistenza di tipo medico-infermieristico di alto livello . Totale autosufficienza dell'Ospite o parziale autosufficienza

Piaghe da decubito

Presenti

Assenti

MALATTIE PRECEDENTI _____

EVENTUALI RICOVERI _____

TERAPIE IN ATTO _____

AFFETTO DA MALATTIE CONTAGIOSE

SI

NO

Fisioterapia consigliata: Deambulazione Ginnastica passiva Massaggi Palestra

NOTE INFORMATIVE:

La notte Dorme

SI

NO

Durante il giorno è tranquillo

SI

NO

E' motivo i disturbo per gli altri

SI

NO

E' pericoloso per sé

SI

NO

DATA _____

Firma e timbro del medico curante