

Data di emissione: 19/05/2014

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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Altre notizie di carattere clinico:

- problemi psichiatrici (se sì specificare tipologia) \_\_\_\_\_  
 insonnia  
 incontinenza  
 altro \_\_\_\_\_

Pressione arteriosa \_\_\_\_\_

Frequenza cardiaca \_\_\_\_\_

Data di emissione: 19/05/2014

Approvazione: IL DIRETTORE

## NOTIZIE INFORMATIVE SULLE CONDIZIONI GENERALI DELL'OSPITE:

- |   |                          |    |                          |    |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1. Accudisce autonomamente all'igiene personale   | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 2. Si muove con totale autonomia  | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 3. Ha bisogno di essere accompagnato  | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 4. Ha bisogno di carrozzella o ausili che agevolano gli spostamenti   | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 5. Usa pannoloni o traverse   | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 6. E' allettato   | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 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<br>Se sì 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. E' persona pacifica   | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 13. Può essere pericolosa a sè o agli altri   | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO |
| 14. E' persona affetta da arteriosclerosi o turbe psichico-mentali<br>da 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 |

### Allegare:

- lettere di dimissioni da eventuali ricoveri ospedalieri
- referti di visite specialistiche eseguite nell'ultimo anno
- referti di esami di laboratorio eseguiti nell'ultimo anno
- referti di indagini radiologiche eseguite nell'ultimo anno

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.

## PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

Dal punto di vista sanitario, si ritiene che la persona presentata possa essere ospitata presso

il CENTRO DIRUNO

dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Casa Laner" di Folgaria.

IL DIRETTORE SANITARIO

Folgaria, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_