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. Accudisce autonomamente all'igiene personale	☐ 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

7. E' possibile un recupero motorio	☐ SÌ	☐ NO
8. E' persona diabetica	☐ SÌ	☐ NO
9. Ha particolari esigenze dietetiche Se sì specificare quali _____	☐ SÌ	☐ NO
10. E' persona capace di vivere in comunità	☐ SÌ	☐ NO
11. E' persona affetta da malattie infettive	☐ SÌ	☐ NO
12. Può essere pericolosa a sè o agli altri	☐ SÌ	☐ NO
13. E' affetto da demenza con disturbi del comportamento	☐ SÌ	☐ NO
14. E' persona affetta da patologie psichiatriche che possono pregiudicare l'inserimento in comunità	☐ SÌ	☐ NO
15. E' seguito o è stato seguito dai servizi psichiatrici	☐ SÌ	☐ NO
16. Soffre di insonnia	☐ SI	☐ NO
17. Soffre di disfagia	☐ SI	☐ NO
18. Ha tentato/è a rischio di fuga dal domicilio/altra struttura	☐ SI	☐ NO

Data _____

IL MEDICO CURANTE
(timbro e firma)

_____

VALUTAZIONE SANITARIA RISERVATA AL COORDINATORE SANITARIO

☐ **Favorevole** all'ingresso presso i Servizi Residenziali:

- ☐ Casa Soggiorno
- ☐ R.S.A.

☐ **NON favorevole** all'ingresso presso i Servizi Residenziali per le seguenti motivazioni:

_____

_____

IL COORDINATORE SANITARIO

Folgaria, _____ _____