

Spett.le
RSA Zucchi-Falcina
Via Gramsci, 7
26015 SORESINA

Il Sig. _____ nato a _____ (prov.
di _____) il _____ residente a _____ in Via
_____ recapito tel. n. _____ in qualità di
_____ del/della Sig. /Sig.ra _____ nato a
_____ (prov. di _____) il _____ residente a
_____ (CAP _____) Via _____ n. _____

- Attualmente al proprio domicilio
- Attualmente ricoverato presso _____
- Precedentemente ricoverato presso _____

CHIEDE

L'ammissione del/della sig./sig.ra _____ alla frequenza del Centro
Diurno Integrato presso la struttura a partire dal _____.

- Per l'intera giornata
- Solo mattino
- Solo pomeriggio
- Con trasporto

IL RICHIEDENTE

Soresina _____

Medico curante:

- Dott.
- Indirizzo:

Cognome..... Nome.....

Nato a..... il.....

Residente a

Esame obiettivo (indicare i rilievi patologici)

Apparato cardio circolatorio:

Apparato respiratorio:

Referto radiografie torace:

Apparato digerente:

Apparato uro-genitale:

Apparato nervoso:

Apparato osteo-articolare:

Piaghe da decubito (descrizione e sede):

VDRL Antigene AU HCV

Capacità al cammino:

- autonomia con appoggio carrozzina allettato

da quanto tempo.....

Continenza:

- Urinaria: si no - Catetere: si no - Fecale: si no

da quanto tempo.....

.....

Capacità di accudire alla propria persona:

- Si lava: autonomo con aiuto parziale non in grado
- Si veste: autonomo con aiuto parziale non in grado
- Si alimenta autonomo con aiuto parziale non in grado artificiale

Utilizza servizi igienici: autonomo con aiuto parziale non in grado

DIAGNOSI.....

.....

.....

.....

.....

Terapia in atto:

.....

.....

.....Notizi
e anamnestiche rilevanti.....

.....

.....

- Allergia a farmaci: si no Non nota
- Ha avuto ricoveri in Ospedali psichiatrici? si no
- E' in cura presso Servizi psichiatrici? si no
- Necessita di terapia riabilitativa o fisica? si no
- Ha già effettuato terapia riabilitativa? si no

Di che tipo e con quale risultato?

Condizioni psichiche:

- | | | | |
|---------------------|-----------------------------------|----------------|--------------------------------------|
| Stato di coscienza: | <input type="checkbox"/> vigile | Stato emotivo: | <input type="checkbox"/> adeguato |
| | <input type="checkbox"/> confuso | | <input type="checkbox"/> ansia |
| | <input type="checkbox"/> soporoso | | <input type="checkbox"/> depressione |
| | <input type="checkbox"/> coma | | |

Comportamenti disturbanti:

- aggressività fisica
- aggressività verbale
- vagabondaggio
- bulimia
- irrequietezza
- disinibizione sessuale

Disturbi del pensiero:

- idee deliranti
- allucinazioni

linguaggio:

- normale
- afasico
- disartrico

Disorientamento temporale: si no Saltuario

Disorientamento spaziale si no Saltuario

Tentati suicidi: si no

Dipendenza alcolica farmacologica altre

Eventuali notizie che si ritenesse opportuno fornire:

.....

.....

Certifico che il Sig./la Sig.ra _____ non ha in
atto malattie infettive/contagiose/psichiche che controindicano la vita in comunità.

_____ lì _____

Il Medico curante
(timbro e firma)

