

Fondazione IL GIRASOLE Onlus

Via Bellini n. 29 - 21019 Somma Lombardo (VA)

Tel. 0331 250152 - Fax 0331 250525 - E-mail: accoglienza@anzianisomma.it

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il ___/___/_____ Residente a _____ Via/piazza _____ n° _____
Anamnesi patologica remota (oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche - es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)	
Malattie infettive note (epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse)	
Situazione clinica attuale (patologie in atto, condizioni invalidanti)	
Dispositivi in uso	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> Peg <input type="checkbox"/> Pace-maker <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Broncoaspirazione <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia <input type="checkbox"/> Sondino naso-gastrico <input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale <input type="checkbox"/> ICD (defibrillatore) <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Port-a-cath <input type="checkbox"/> Ventilatore meccanico
Ausili/presidi in uso (carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito)	

Lesioni da decubito Ferite chirurgiche in trattamento (specificare sede, estensione, tipo di trattamento ecc..)	
Terapia in atto (oltre ai farmaci tradizionali specificare se terapia del dolore, diete particolari ecc..)	
Allergie	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Interventi programmati (necessita di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____
Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note:
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> Stabile (nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico con intervalli > 60 gg) <input type="checkbox"/> Moderatamente stabile (problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 gg) <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile (con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana) <input type="checkbox"/> Instabile (con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano) <input type="checkbox"/> Acuzie (con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani)

All'atto del ricovero, si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite.

data

.....

timbro e firma

.....

