

**AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 4 "MEDIO FRIULI"**  
**CERTIFICAZIONE SANITARIA PER L'ACCOGLIMENTO NELLE STRUTTURE PER ANZIANI CONVENZIONATE E A GESTIONE DIRETTA**

**CERTIFICAZIONE MEDICA**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ CRA \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

NOTE ANAMNESICHE: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DIAGNOSI: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

TERAPIA: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

INVALIDITA' CIVILE:      SI       \* NO   
    se NO      Presentato domanda di invalidità civile?      SI   
                         NO   
    se SI      Quando? \_\_\_\_\_

ACCOMPAGNAMENTO:      SI       NO

**SCHEDA ASSISTENZIALE**

**DEAMBULAZIONE:** Autonoma  Bastone/i  Girello  \*Impossibile   
 Se \*: si alza autonomamente in carrozzina   
 deve essere alzato in carrozzina   
 è costantemente alettato

**ELIMINAZIONE:** è incontinente? NO  → deve essere accompagnato in bagno? SI  NO   
 SI  → Urine  Feci  Urine/Feci   
 Uso di: Pannolone  Condom  Catetere a permanenza   
 Alvo: regolare  diarroico  stitico   
 uso saltuario di lassativi  uso regolare di lassativi

Ha piaghe da decubito?: NO  \*SI

se **SI** in quali zone e di che grado?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trattamento  
attuale

\_\_\_\_\_

**ALIMENTAZIONE:** Autonoma  con piccolo aiuto  totalmente dipendente   
 Alimentazione enterale con sondino naso gastrico   
 Denti propri  Protesi  Edentulo   
 Dieta: solida  semisolida  liquida   
 Diete speciali: \_\_\_\_\_

**IGIENE PERSONALE:** autonoma  piccolo aiuto  totalm. dipendente   
 si veste: da solo  piccolo aiuto  totalm.  
 dipendente

**SONNO/VEGLIA:** normale  insonnia  ipersonnia   
 inversione ritmo sonno/veglia

**COMPORAMENTO:** tranquillo  agitato, disturba la comunità  aggressivo   
 tende a fuggire  confuso/disorientato  vagabondaggio

**RIABILITAZIONE:** non necessaria  \*necessita di fisioterapia   
 se \* quali  
 interventi? \_\_\_\_\_

**Giudizio complessivo:** AUTOSUFFICIENTE  NON AUTOSUFFICIENTE

Il giudizio ufficiale di autosufficienza o non autosufficienza verrà dato in sede di Unità di Valutazione Distrettuale.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico curante

---