

# CERTIFICAZIONE SANITARIA

(Riservata al Medico curante)

Signor/a	Nato/a il
a	domicilio
Via	Tel.
CRA	Tipo esenzione
Codice Fiscale	

Persona di riferimento giuridico \_\_\_\_\_ Tel. e orario \_\_\_\_\_

## ANAMNESI FISIOLÓGICA

<p><b>Alimentazione</b></p> <p>Scarsa</p> <p>Normale</p> <p>Abbondante</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Intolleranza</b></p> <p>Farmacologica</p> <p>Alimentare</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Alvo</b></p> <p>Regolare</p> <p>Stitico</p> <p>Diarroico</p> <p>Alternato</p> <p>Ano preternaturale</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Incontinenza fecale</b></p> <p>Assente</p> <p>Occasionale</p> <p>Stabile</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Diuresi</b></p> <p>Regolare</p> <p>Oliguria</p> <p>Poliuria</p> <p>Nicturia</p> <p>Pollachiuria</p> <p>Disuria</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Incontinenza urinaria</b></p> <p>Assente</p> <p>Occasionale</p> <p>Incontinenza da sforzo</p> <p>Incontinenza da limitazione motoria</p> <p>Solo notturna</p> <p>Stabile</p> <p><b>Catetere</b></p> <p>.....</p>

<b>Consumo di alcolici</b>	No Moderato Abbondante Etilismo														
<b>Fumo</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">                     No                      Sigari/Pipa                      Sigarette                       Moderato (fino a 10/die)                      Elevato (da 10 a 20/die)                      Eccessivo (+ di 20/die)                 </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>In passato ha fumato?</b></td> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sigari/Pipa Sigarette</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Quante? _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">e per quanto tempo? _____</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	No Sigari/Pipa Sigarette  Moderato (fino a 10/die) Elevato (da 10 a 20/die) Eccessivo (+ di 20/die)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>In passato ha fumato?</b></td> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sigari/Pipa Sigarette</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Quante? _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">e per quanto tempo? _____</td> <td></td> </tr> </table>	<b>In passato ha fumato?</b>				Sigari/Pipa Sigarette			Quante? _____			e per quanto tempo? _____	
No Sigari/Pipa Sigarette  Moderato (fino a 10/die) Elevato (da 10 a 20/die) Eccessivo (+ di 20/die)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>In passato ha fumato?</b></td> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sigari/Pipa Sigarette</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Quante? _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">e per quanto tempo? _____</td> <td></td> </tr> </table>	<b>In passato ha fumato?</b>				Sigari/Pipa Sigarette			Quante? _____			e per quanto tempo? _____			
<b>In passato ha fumato?</b>															
	Sigari/Pipa Sigarette														
	Quante? _____														
	e per quanto tempo? _____														
<b>Sonno</b>	Normale Difficoltà nell'induzione Frequenti interruzioni Risveglio precoce Insonnia grave Ipersonnia														

<b>ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA</b>
(Con particolare riferimento ai ricoveri precedenti)

<b>ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA</b>
Il paziente ha malattie infettive in atto?

Se sì quali? \_\_\_\_\_

Si allegano i referti dei seguenti esami effettuati negli ultimi tre mesi:

HBsAg  
ANTI HCV  
ANTI HIV 1° e 2°  
RX TORACE

Si richiede inoltre l'attestazione di avvenuta  
VACCINAZIONE ANTITETANICA

### ESAME OBIETTIVO

Condizioni psico-fisiche  
generali

Vista \_\_\_\_\_

Udito \_\_\_\_\_

Stato psichico

Sistema  
nervoso

Minorazioni psico-  
fisiche

Deambulazione \_\_\_\_\_

Cute (possibilmente aggiungere stadiazione di ulcere da decubito o trofiche ed eventuali trattamenti) \_\_\_\_\_

Aiuti apparati (segnali  
rilevanti)

Eventuali terapie farmacologiche (e/o altro tipo) e  
dieta

**Paziente seguito  
in/da**

Assistenza Domiciliare Integrata (secondo Accordo Collettivo Nazionale)  
Servizio Infermieristico Domiciliare  
Servizio di Riabilitazione Domiciliare  
Nessuna delle precedenti  
Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### **VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA**

#### **Per vestirsi:**

- Prende i vestiti e li indossa senza aiuto
- Necessita solo di supervisione e/o stimolazione
- Riceve aiuto per allacciarsi le scarpe o per abbottonarsi
- Viene aiutato/a in parte o del tutto

#### **Alimentazione:**

- Si nutre da solo senza aiuto
- Si nutre da solo ma necessita di aiuto per tagliare la carne o versarsi da bere
- Riceve aiuto per alimentarsi

#### **Muoversi:**

- Si muove da solo entro e fuori casa
- Cammina da solo con aiuto o con appoggi ma solo dentro casa (eventuali presidi usati)
- Non è in grado di camminare

#### **Per farsi il bagno:**

- Non abbisogna di alcun aiuto
- Riceve aiuto solo per lavarsi una parte del corpo
- Riceve aiuto per lavarsi più di una parte del corpo o per farsi il bagno

#### **Uso dei servizi igienici**

- Fa uso autonomo dei servizi provvedendo all'igiene intima
- Viene aiutato/a ad usufruire servizi e a provvedere all'igiene intima
- Non è in grado di recarsi ai servizi igienici

#### **Condizione psichiche:**

- Incide
- Persistenza disorientamento s.t.
- Fasi di confusione e disorientamento

Casa di Riposo di Zavattarello

Fasi di agitazione psicomotoria

(Timbro e firma del Medico)

Data \_\_\_\_\_

Avvertenza: compilare il certificato in modo completo e dettagliato, barrando la casella