



ASU FC
Azienda sanitaria
universitaria
Friuli Centrale



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

**CERTIFICAZIONE SANITARIA PER L'ACCOGLIMENTO NELLE STRUTTURE PER ANZIANI
CONVENZIONATE A GESTIONE DIRETTA**

CERTIFICAZIONE MEDICA

Cognome e nome: _____

Nato/a a: _____ il _____

Residente a: _____

C.R.A.: _____

NOTE

ANAMNESTICHE: _____

DIAGNOSI: _____

TERAPIA: _____

INVALIDITA' CIVILE: SI NO IN ATTESA

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO: SI NO

SCHEDA ASSISTENZIALE

Deambulazione: Autonoma Bastone Deambulatore Impossibile

Eliminazione: è incontinente SI NO
 Urine Feci Urine/Feci
 viene accompagnato/a in bagno SI NO
 Uso di: Pannolone Condom Catetere a permanenza
 Alvo: Regolare Diarroico Stitico
 Uso di lassativi saltuario Uso di lassativi regolare

Lesioni da Pressione: SI NO

Se **SI**, in quali zone e di che grado? _____

Trattamento _____

Alimentazione: Autonoma Con piccolo aiuto Totalmente dipendente
 S.N.G. P.E.G.
 Denti propri Protesi Edentulo
 Dieta: Solida Semisolida Liquida

Diete speciali: _____

Igiene Personale: Autonoma Con piccolo aiuto Totalmente dipendente
 Vestizione: Autonoma Con piccolo aiuto Totalmente dipendente

Sonno/Veglia: Normale Insonnia Ipersonnia Inversione ritmo

Comportamento: Tranquillo Agitato, disturba la comunità Aggressivo
 Tende a fuggire Confuso, disorientato Vagabondaggio

Riabilitazione: Necessita di fisioterapia SI NO

Tipo di intervento _____

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