

QUESTIONARIO DA COMPILARSI DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome dell'Ospite _____

N.B. *Crociare la voce che interessa e se progressive o in atto specificare:*

1) affezioni cardiovascolari :

no _____
pregresse _____
in atto _____

2) malattie endocrine :

no _____
pregresse _____
in atto _____

3) malattie del sistema nervoso centrale :

no _____
pregresse _____
in atto _____

4) turbe psichiche :

no _____
pregresse _____
in atto _____

5) malattie del sangue :

no _____
pregresse _____
in atto _____

6) malattie apparato urogenitale :

no _____
pregresse _____
in atto _____

7) malattie a carico dell'apparato locomotore:

no _____
pregresse _____
in atto _____

8) malattie dermatologiche (piaghe da decubito, ecc.):

no _____
pregresse _____

in atto _____

9) allergie :

si quali _____

no

10) diabete :

si (specificare se seguito da un centro antidiabetico):

no

11) disturbi del comportamento :

si quali _____

(vagabondaggio – ansia – agitazione/agressività – deliri – allucinazioni – depressione/disforia – apatia/indifferenza
disinibizione – irritabilità – disturbi dell'appetito e dell'alimentazione – disturbi del sonno)

no

12) altre malattie in atto (specificare) : _____

13) terapia in corso : _____

14) incontinenza :

urinaria : si no (specificare se catetere o pannoloni)

fecale : si no

Si certifica chel.....Sig./Sig.ra

nat..... a non è affett..... da malattie infettive e

contagiose in atto e non presenta turbe psico-fisiche che non consentono la vita in comunità.

Timbro

Il Medico curante

data

Firma

Se l'ospite si trova all'ospedale o presso altra Struttura portare:

- lettera dimissioni ospedale
- documentazione dimissioni altra struttura