

# Certificazione medica di accesso alla RSA 1.4

Da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

patologie di area medica	ricovero ospedaliero	anno	eventuali sequele

patologie di area chirurgica	intervento	anno	eventuali postumi

patologie di area traumatologica ortopedica	intervento	anno	eventuali postumi

**Patologie**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> cardiovascolare | <input type="checkbox"/> neurologico     | <input type="checkbox"/> psichiatrico    |
| <input type="checkbox"/> respiratorio    | <input type="checkbox"/> osteoarticolare | <input type="checkbox"/> genitourinario  |
| <input type="checkbox"/> gastroenterico  | <input type="checkbox"/> metabolico      | <input type="checkbox"/> socioambientale |

**Patologie di area psichiatrica**

Ha mai subito ricoveri per motivi psichiatrici?

- no                       sì  
 remoti

causa principale  
\_\_\_\_\_

recenti  
causa principale  
\_\_\_\_\_

È seguito dal CPS e/o da uno psichiatra di fiducia?

- no                       sì

**Sintesi clinico-diagnostica dei problemi attuali**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il paziente si può considerare**

- collaborante             poco collaborante     per nulla collaborante

**Condizioni psichiche**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> lucido                    | <input type="checkbox"/> saltuari episodi di disorientamento      |
| <input type="checkbox"/> disorientamento nel tempo | <input type="checkbox"/> disorientamento nel tempo e nello spazio |

<b>Riposo</b>	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> insonnia	<input type="checkbox"/> inversione sonno veglia
<b>Reattività emotiva</b>	<input type="checkbox"/> ansioso <input type="checkbox"/> depresso <input type="checkbox"/> estraniato dal mondo circostante <input type="checkbox"/> saltuari episodi di agitazione psico motoria <input type="checkbox"/> episodi di agitazione psicomotoria con auto aggressività <input type="checkbox"/> episodi di agitazione psicomotoria con aggressività verso gli altri <input type="checkbox"/> stato persistente di agitazione psicomotoria		
<b>Vista</b>	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> corretta	<input type="checkbox"/> non vedente
<b>Parola</b>	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> disartria	<input type="checkbox"/> afasia
<b>Udito</b>	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> ipoacusia corretta	<input type="checkbox"/> ipoacusia non corretta
<b>Deambulazione</b>	<input type="checkbox"/> spontanea	<input type="checkbox"/> assistita	
<b>Piaghe da decubito</b>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> presenti	
	una sede	stadio	
	più sedi	stadio	
<b>Deficit funzionale</b>			
Incontinenza	<input type="checkbox"/> urinaria	<input type="checkbox"/> fecale	<input type="checkbox"/> globale
<input type="checkbox"/> prevalentemente notturna	<input type="checkbox"/> da urgenza	<input type="checkbox"/> diurna saltuaria	<input type="checkbox"/> notturna e diurna
Ritenzione cronica d'urina		<input type="checkbox"/> vescica neurogena	<input type="checkbox"/> stenosi uretrale
<b>Colostomia</b>	_____		
	specificare intervento eseguito		
<b>Ileostomia</b>	_____		
	specificare intervento eseguito		
<b>Urostomia</b>	<input type="checkbox"/> ureterocutaneostomia singola		
	_____		
	specificare intervento eseguito		
	<input type="checkbox"/> ureterocutaneostomia bilaterale	<input type="checkbox"/> neovescica ileale	

**Stato nutrizionale**

- |                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> nella norma | <input type="checkbox"/> deficit moderato    | <input type="checkbox"/> deficit grave          |
| <input type="checkbox"/> obesità     | <input type="checkbox"/> nutrizione enterale | <input type="checkbox"/> nutrizione parenterale |

**Necessità di supporto respiratorio**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> tracheotomia      | <input type="checkbox"/> ossigenoterapia continua |
| <input type="checkbox"/> broncoaspirazione | <input type="checkbox"/> ventiloterapia           |

**Trattamenti farmacologici**

Terapia attuale

---

---

---

---

---

**Trattamenti non farmacologici**

---

---

---

---

---

**Protesi e ausili**

---

---

---

---

---

Il richiedente non presenta segni clinici di malattie infettive in atto e può vivere in comunità

sì  no

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ timbro e firma del medico