

Allegato A per RSA e CD

QUESTIONARIO MEDICO

da compilarsi a cura del medico curante

Riferimento domanda di ammissione sig./ra _____

Nat.... a _____ il _____

Motivo del ricovero

.....
.....

Patologie in atto

.....
.....

Terapia in atto:

.....
.....
.....
.....

VALUTAZIONE FUNZIONALE

Grado di autonomia nelle funzioni quotidiane (lavarsi, vestirsi...):

con assistenza completamente dipendente

Deambulazione :

autonoma con ausili non deambulante

Incontinenza:

Portatore di protesi:

Lesioni da decubito:

Allergie o intolleranze:

Alimentazione:

autonoma con assistenza dipendente

Disfagia:

Aspetto emotivo e comportamentale:

.....
.....

Altro:

.....
.....

Luogo e data.....

Firma e timbro del medico curante