



Villa S. Monica & Villa Olimpia

BAGNO A RIPOLI - FIRENZE

Il sottoscritto
residenza..... recapito telefonico.....

CHIEDE L'AMMISSIONE

per il Sig/Sig.ra..... Data e luogo di nascita.....
residenza..... grado di parentela o rapporto con il richiedente.....
medico curante (nome e indirizzo).....
.....

CAMERA SINGOLA

CAMERA DOPPIA

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza delle convenzioni in atto tra le due Case di Riposo, l'Azienda Sanitaria di Firenze e il Comune di Firenze. Le Case di Riposo sono strutture completamente aperte e prive di qualsiasi potestà costrittiva nei confronti degli ospiti.

Data..... Firma.....

Villa S. Monica & Villa Olimpia

Via di Rosano, 44/44a - Candeli - 50012 Bagno a Ripoli (FI)
Tel. +39 (0)55 65741 r.a. - Fax +39 (0)55 696084 - info@villasantamonica.it



Villa S. Monica & Villa Olimpia

BAGNO A RIPOLI - FIRENZE

RELAZIONE SANITARIA (Da far riempire al medico curante)

Diagnosi circostanziata

.....

Terapia in atto consigliata

.....

Note per l'assistenza e la cura

.....

PROVIENE DA:

Abitazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ospedale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Casa di cura	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Casa di riposo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

VALUTAZIONE GRADO AUTOSUFFICIENZA

Indipendente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Dipendente parziale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Si alimenta da solo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Si veste da solo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Deambula da solo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Deambula con ausilio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Piaghe da decubito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	LIEVE <input type="checkbox"/>	GRAVE <input type="checkbox"/>

STATO NUTRIZIONALE

Insufficiente Adeguato Obesità

NUTRIZIONE

Per os Peg Sng

Peso corporeo: Kg.

ALVO E DIURESI

Normale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Incontinenza feci	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Incontinenza urine	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Catetere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ano artificiale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Villa S. Monica & Villa Olimpia

Via di Rosano, 44/44a - Candeli - 50012 Bagno a Ripoli (FI)
Tel. +39 (0)55 65741 r.a. - Fax +39 (0)55 696084 - info@villasantamonica.it



Villa S. Monica & Villa Olimpia

BAGNO A RIPOLI - FIRENZE

STATO MENTALE E PSICHICO

Normale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Confuso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Depresso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ansioso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Demente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Gravi turbe comportamentali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

se si specificare

Può vivere in comunità SI NO

Presenza di malattie infettive SI NO

se in atto specificare

Data..... Firma e Timbro del medico.....

NOTE DEL MEDICO GERIATRA DELLA STRUTTURA:

.....

.....

.....

Firma

NOTE DELLA DIREZIONE:

.....

.....

.....

Firma

Villa S. Monica & Villa Olimpia

Via di Rosano, 44/44a - Candeli - 50012 Bagno a Ripoli (FI)
Tel. +39 (0)55 65741 r.a. - Fax +39 (0)55 696084 - info@villasantamonica.it