



Residenze per la terza età

SPAZIO RISERVATO ALLA RESIDENZA

Note del Medico Geriatra della struttura _____

Firma _____



Residenza per la terza età

VIA DI ROSANO, 44/A
50012 BAGNO A RIPOLI (FI)
Tel. 055 65741 - Fax 055 696084
Webpage: www.villasantamonica.it
E-mail: mail@villasantamonica.it

Il sottoscritto _____

residenza _____

recapito telefonico _____

grado di parentela o rapporto con il richiedente _____

ADS _____

CHIEDE L'AMMISSIONE

Per il/la Sig./Sig.ra _____

data e luogo di nascita _____

residenza _____

Medico curante (nome, indirizzo e telefono) _____

Camera singola

Camera doppia

Come ci ha conosciuto: Internet Amici Altro _____

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza delle convinzioni 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 _____

RELAZIONE SANITARIA

(Da far riempire al medico curante)

Diagnosi attuale _____

Notizie anamnestiche _____

Terapia in atto _____

Note per l'assistenza e la cura _____

Proviene da: Abitazione Ospedale
 Casa di Cura Casa di Riposo

VALUTAZIONE GRADO AUTOSUFFICIENZA

	SI	NO
Indipendente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dipendente parziale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si alimenta da solo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si veste da solo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambula da solo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambula con aiuto _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambula con ausilio _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lesioni da pressione SI NO

Sede e stadio _____

STATO NUTRIZIONALE

Insufficiente Adeguato Obesità

Note _____

Nutrizione: Per os PEG SNG

Peso Corporeo: Kg. _____

ALVO E DIURESIS

	SI	NO
Normale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinenza feci _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinenza urine _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catetere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stomie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STATO MENTALE E PSICHICO

	SI	NO
Normale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confuso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansioso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turbe comportamentali _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se si specificare _____		

Può "vivere in comunità" _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenza di malattie infettive _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se in atto specificare _____		

Data

Firma e Timbro del Medico