

QUESTIONARIO MEDICO

(da far riempire al Medico curante dott.)

A corredo della pratica di ammissione nella
Residenza per Anziani “Del Campana Guazzesi” – SAN MINIATO Tel. 0571/418252

1) Cognome e nome (del richiedente l'ammissione) _____
_____ di anni _____

2) Mestiere svolto. Stile e abitudini di vita _____

3) Anamnesi familiare e fisiologica _____

4) Anamnesi patologica remota _____

5) Anamnesi patologica prossima _____

6) Situazione sanitaria:

6.1 Se presenta sintomi di intossicazioni croniche da alcolici o da stupefacenti
(specificare quali) _____

6.2 Se è affetto da malattie contagiose ematiche e/o cutanee (specificare quali)

6.7.4 Digerente _____

6.8 FUNZIONALITA' ARTI SUPERIORI _____

6.8.1 Usa Protesi? NO SI

6.9 FUNZIONALITA' ARTI INFERIORI _____

6.9.1 Usa Protesi? NO SI

Usa Carrozzella? NO SI

Usa Deambulatore/Stampelle/Bastone? NO SI

6.8 DISTURBI DELLE VIE URINARIE _____

6.10.1 Incontinenza? NO SI

6.9 CONTROLLO DEGLI SFINTERI _____

6.11.1 Usa il catetere? No talvolta regolarmente

6.12 E' AFFETTO DA ERNIE? no si

6.13 SOFFRE DI DIABETE? no si

6.14 VISTA

6.14.1 Porta Occhiali? no si

6.14.2 Distingue il viso di una persona a 3 metri di distanza?

No Si, con gli occhiali Si

6.14.3 E' affetto da cecità totale parziale

6.15 UDITO

6.15.2 E' affetto da sordità?

No parziale totale 6.15.3 Usa protesi? No si 6.15.3 Altre notizie _____

6.16 PAROLA

6.16.2 Ha difficoltà a parlare?

No parziale è muto 6.16.2 Altre notizie _____

6.17 HA DIFFICOLTA' DI MASTICAZIONE?

no si 6.17.1 Usa protesi dentaria? no si 6.17.2 Deve essere imboccato? no si

6.18 SEGUE UNA DIETA PARTICOLARE?

no si

6.18.1 motivo _____

6.18.2 descrizione _____

6.19 HA DIFFICOLTA' A MANTENERE L'EQUILIBRIO?

no parziale _____si _____

6.20 DIFFICOLTA' A COORDINARE I MOVIMENTI?

no si _____

6.21 STA CORICATO:

6.21.1 Solo la notte 6.21.2 oltre le ore notturne, dopo pranzo 6.21.3 oltre le ore notturne, tutta la mattina

6.21.4 oltre le ore notturne, tutto il pomeriggio

6.21.5 oltre le ore notturne, l'intera giornata

6.22 SISTEMA NERVOSO E PSICHE

6.22.1 Notizie sulla stabilità emotiva e comportamentale *in passato*

6.22.2 Notizie sulla stabilità emotiva e comportamentale *in presente*

6.22.3 E' mai in stato confusionale? no talvolta sempre

6.22.4 Ha difficoltà a capire ciò che gli viene detto?

no si

6.22.5 Memoria

	Buona	<input type="checkbox"/>		Buona	<input type="checkbox"/>
Recente	Instabile	<input type="checkbox"/>	Remota	Instabile	<input type="checkbox"/>
	Assente	<input type="checkbox"/>		Assente	<input type="checkbox"/>

6.22.6 Soffre di Insonnia? no talvolta si

6.22.7 Usa farmaci contro l'insonnia? no si

Quali? _____

7) RICHIEDE PARTICOLARE ASSISTENZA, CURA O SORVEGLIANZA?

8) NOTE

Per tutto quanto sopra

si dichiara

che 1 Sig. _____ risulta essere:

(specificare se autosufficiente o non autosufficiente)

Data compilazione _____

IL MEDICO CURANTE

(firma leggibile e timbro)

Trattamento dei dati

Il sottoscritto
con riferimento alla presente, dichiara di autorizzare la Residenza per anziani “Del Campana Guazzesi” di San Miniato al trattamento dei dati personali e sensibili, di cui entrerà in possesso a seguito di attivazione del procedimento, relativo alla richiesta e poi alla successiva ammissione e permanenza nella struttura del/della Sig./Sig.ra, consapevole che tali dati saranno resi noti da parte dell’ufficio competente a riceverli, al personale dell’Ente e/o a soggetti convenzionati per l’espletamento del servizio. I dati personali e sensibili potranno essere altresì comunicati ad enti pubblici o ad altri soggetti istituzionali sulla base di norme di legge o di regolamento o, comunque, per l’esercizio di attività istituzionali e inerenti al normale svolgimento del servizio. La comunicazione di dati personali a privati potrà avvenire solo se prevista da norme di legge o di regolamento per l’esercizio del diritto di accesso nell’ambito della normale attività del servizio. Il tutto nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/03.

Li,

FIRMA