

**Certificato del medico curante**

(da allegare alla domanda di ammissione)

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice sanitario |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Attuale sistemazione  domicilio  ospedale  
 istituto di riabilitazione  altro \_\_\_\_\_

---

**CONDIZIONI GENERALI ATTUALI:** buone  mediocri  gravi

---

Anamnesi familiare

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anamnesi fisiologica

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anamnesi patologica remota

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESAME OBIETTIVO PARTICOLARE**

Stato generale

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stato psichico

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Apparato cardio circolatorio

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pressione arteriosa

---

---

Apparato respiratorio

---

---

Apparato digerente

---

---

Apparato uro genitale

---

---

Apparato scheletrico

---

---

Sistema nervoso centrale

---

---

Sistema nervoso periferico

---

---

**AUTONOMIA:** il paziente è autonomo nel:

**lavarsi**  si  no  con aiuto      **vestirsi**  si  no  con aiuto      **alimentarsi**  si  no  con aiuto      **utilizzare servizi igienici**  si  no  con aiuto

**incontinenza urinaria**  assente  saltuaria  completa  cateterizzata      **incontinenza fecale**  assente  saltuaria  completa      **piaghe da decubito**  si  no  
se "si"  stadio .....  
 sede .....

**deambulazione**  buona  incerta  con appoggio  impossibile  allettato dal .....  
**in riabilitazione motoria**  si  no  data inizio .....

**STATO PSICHICO ATTUALE:**

**orientamento nel tempo**  si  no      **orientamento nello spazio**  si  no      **malattie d'ordine psichico**  si  no

**fasi di agitazione/aggressività**  si  no      **ha subito ricoveri in reparti od ospedali psichiatrici**  si  no

**presenta anomalie nel comportamento**  si  no

Se "si" segnalare quali:      aggressività      autolesionismo      distruttività      stereotipie      picacismo  
negativismo      iperfagia      cleptomania      altro \_\_\_\_\_

**SENSORIO:**

- |                                  |                                    |   |
|----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cecità  | <input type="checkbox"/> Ipoacusia | <input type="checkbox"/> è in grado di comunicare verbalmente |
| <input type="checkbox"/> Sordità | <input type="checkbox"/> Ipoacusia | <input type="checkbox"/> è in grado di comunicare con i gesti |
| <input type="checkbox"/> Mutismo | <input type="checkbox"/> Disartria |   |

**TERAPIA IN CORSO** Specificare chiaramente il tipo di farmaco, dosaggio e posologia.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**DIAGNOSI**

---

---

---

---

---

---

---

---

**ALTRE NOTIZIE UTILI**

---

---

---

---

---

---

---

---

**EVENTUALI CONDIZIONI PATOLOGICHE DI ACCERTATI INTERVENTI SANITARI**

---

---

---

---

---

---

---

---

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del medico curante)