

Dott.

SI CERTIFICA

a richiesta di parte, quanto segue:

COGNOME _____ **NOME** _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente in _____ Via _____ Prov. _____

Diagnosi _____

Note anamnestiche _____

Interventi chirurgici subiti _____

I seguenti esami clinici sono da effettuarsi possibilmente prima dell'ingresso nella struttura:

Emocromo con formula leucocitaria, glicemia, azotemia, creatinina, uricemia, transaminasi, γ GT, fosfatasi alcalina, bilirubina, protidemia, elettroforesi proteica, VES, elettroliti, esame urine, marcatori sierologici epatite B e C, TPHA, Rx torace, ECG.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI DA PARTE DELL'INTERESSATO AI FINI DELLA CONFORMITÀ AL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 IN BREVE GDPR

Il sottoscritto _____ dichiarando di essere stato informato della vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali relativi a particolari categorie, come quelli concernenti la salute (artt. 9 Dati sanitari, 12 Diritti dell'interessato, 32 Dati sensibili,) e dichiarando, altresì, di aver preso cognizione della obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti e della acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione,

esprime il proprio consenso

al trattamento dei dati che lo riguardano ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione.

Data

Firma Leggibile

Il sottoscritto Dott. _____ dichiara che all'atto della visita il Sig.

_____ non è nelle condizioni psico-fisiche di poter sottoscrivere quanto sopra.

Data

Firma

VALUTAZIONE FUNZIONALE

- | | | | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| - | alterazioni organi di senso: udito | si | ☐ | no | ☐ |
| | | vista | si | ☐ | no ☐ |
| - | incontinenza | no ☐ | urinaria ☐ | doppia | ☐ |
| - | catetere | si | ☐ | no | ☐ |
| - | ano artificiale | si | ☐ | no | ☐ |
| - | piaghe da decubito | si | ☐ | no | ☐ |

sede _____

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--|
| - obbligato in carrozzella | si | ☐ | no | ☐ |
| - deficit dell'orientamento | si | ☐ | no | ☐ |
| - disturbi del sonno | si | ☐ | no | ☐ |
| - disturbi dell'umore | si | ☐ | no | ☐ |
| - agitazione psico-motoria | si | ☐ | no | ☐ |
| - deficienze nel provvedere da solo alla vestizione | | | si | ☐ no ☐ |
| - deficienze nel provvedere da solo ad alimentarsi | | | si | ☐ no ☐ |
| - terapia insulinica | si | ☐ | no | ☐ |
| - terapia sedativa | si | ☐ | no | ☐ |
| - altra terapia in atto: | | | | |

farmaco _____ posologia _____

farmaco _____ posologia _____

farmaco _____ posologia _____

farmaco _____ posologia _____

NOTE CONCLUSIVE

- ☐ Il paziente pertanto risulta autosufficiente.
- ☐ Il paziente pertanto risulta parzialmente autosufficiente.
- ☐ Il paziente pertanto risulta non autosufficiente e non curabile a domicilio e come tale necessita di assistenza sanitaria e infermieristica per limitare la perdita delle funzioni residue e per prevenire le complicanze.

Data

Timbro e firma del medico