**ASP.N.1 PROV. TERAMO**

**CASA DI RIPOSO R. ROZZI**

**Via De Berardinis 88**

**64015 Nereto (TE)**

**Tel. 0861 82242 Fax 0861 807294**

[**casadiriposorozzi@libero.it**](mailto:casadiriposorozzi@libero.it)

**Nominativo e nr. telefonico referente da contattare**

**…………………………………………………………**

**SI CERTIFICA**

A richiesta di parte quanto segue:

COGNOME………………………………………. NOME ……………………………………….

Nato/a il…………………………………. a ……………………………. ……………..Prov. ( ).

Residente………………………………….Caratteristiche fisiche: altezza…………….peso………..

Diagnosi…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Note anamestiche .………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Interventi chirurgici subiti

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**I seguenti esami ematochimici sono da effettuarsi prima dell’ingresso nella struttura:**

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

* Alterazione organi di senso : udito \*………………………vista \*………………………..
* Malattie urologiche e/o prostatiche………………………………………………………..
* Incontinenza Urinaria ⁪ Doppia ⁪
* Catetere Si ⁪ No ⁪
* Ano artificiale Si ⁪ No ⁪
* Piaghe da decubito Si ⁪ No ⁪

sede………………………………………………………………………………………….

* Deficit della mobilità\*……………………………………………………………………….
* Obbligo in carrozzella Si ⁪ No ⁪
* Deficit dell’orientamento Si ⁪ No ⁪
* Disturbi del sonno Si ⁪ No ⁪
* Con terapia sedativa Si ⁪ No ⁪
* Agitazione psico-motoria Si ⁪ No ⁪
* Deficienze nel provvedere da solo alla vestizione\*………………………………………….
* Deficienze nel provvedere da solo ad alimentarsi\*………………………………………….
* Disturbi dell’umore\*…………………………………………………………………………
* Terapia insulinica Si ⁪ No ⁪
* Terapia in atto:

Farmaco…………………………………………….. posologia………………………………...

Farmaco…………………………………………….. posologia………………………………...

Farmaco…………………………………………….. posologia………………………………...

Farmaco…………………………………………….. posologia………………………………...

Farmaco…………………………………………….. posologia………………………………...

Farmaco…………………………………………….. posologia………………………………...

Farmaco…………………………………………….. posologia………………………………...

**NOTE CONCLUSIVE**

* Il paziente risulta autosufficiente
* Il paziente risulta semi-autosufficiente
* Il paziente risulta non autosufficiente curabile a domicilio\*\*
* Il paziente risulta non autosufficiente non curabile a domicilio

Data…**……………………..** Timbro e firma del medico

**…………………………………**

**(\*)** specificare il grado di malattia

(\*\*)per domicilio si intende la struttura presso la quale l’ospite dovrebbe essere ricoverato