



## 5. PSICHE

Integra  $\pi$  Con fasi di confusione e disorient.  $\pi$  Con fasi di agitazione psicomot.  $\pi$  Non cosciente  $\pi$   
Capacità di comunicazione: comprende e si fa capire  $\pi$  non comprende e/o non si fa capire  $\pi$   
Affetto da malattie mentali: no  $\pi$  in passato  $\pi$  si  $\pi$  (seguito dal CSM: si  $\pi$  no  $\pi$ )  
Alcolismo: no  $\pi$  pregresso  $\pi$  attuale  $\pi$

## 6. SENSORIO

Visus: normale  $\pi$  ridotto  $\pi$  assente (cecità)  $\pi$   
Capacità uditiva: normale  $\pi$  ridotto  $\pi$  assente (sordità)  $\pi$   
Parola: normale  $\pi$  incomprensibile, ridotta, disartria  $\pi$  assente (afasia, mutismo)  $\pi$

## 7. CONTINENZA SFINTERI

Continenza: presente  $\pi$  incontinenza vescicale (anche saltuaria)  $\pi$  incontinenza anale  $\pi$   
Porta catetere: si  $\pi$  no  $\pi$   
Porta stomia: no  $\pi$  si  $\pi$  (specificare.....)

## 8. MOBILITA' E CONDIZIONI DI AUTOSUFFICIENZA

Può camminare: da solo  $\pi$  con aiuto  $\pi$  con protesi  $\pi$  non in grado  $\pi$   
Si sposta con carrozzella: no  $\pi$  si, autonomamente  $\pi$  non in grado  $\pi$   
Allettato: no  $\pi$  si  $\pi$  (allettato dal .....)  
Si veste: da solo  $\pi$  con aiuto  $\pi$  non in grado  $\pi$   
Mangia: da solo  $\pi$  con aiuto  $\pi$  non in grado  $\pi$   
Si lava: da solo  $\pi$  con aiuto  $\pi$  non in grado  $\pi$   
Utilizza i servizi igienici: da solo  $\pi$  con aiuto  $\pi$  non in grado  $\pi$

## 9. ALIMENTAZIONE ED IDRATAZIONE

Stato di nutrizione: buono  $\pi$  scadente  $\pi$   
Stato di idratazione: buono  $\pi$  scadente  $\pi$   
Condizioni del cavo orale: buone  $\pi$  scadenti  $\pi$   
Portatore di: sondino NG  $\pi$  PEG  $\pi$  altro  $\pi$  (.....)  
Indicazioni dietetiche particolari .....

10. FUMATORE si  $\pi$  in passato  $\pi$  no  $\pi$   
11. VACCINAZIONI ESEGUITE (segnare la data)

Antitetanica ..... Antiinfluenzale ..... Antipneumococcica.....  
AntiHBV ..... Altro .....

**DIAGNOSI CONCLUSIVA**

.....  
.....  
.....  
.....

**TERAPIA ATTUALE CON POSOLOGIA (in particolare psicofarmaci)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

firma e timbro del medico

Data ..... .....

**SI CERTIFICA CHE IL/LA PAZIENTE E' IMMUNE DA MALATTIE INFETTIVE O COMUNQUE CONTAGIOSE IN ATTO E NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI ALL'INSERIMENTO IN COMUNITA'**

firma e timbro del medico

Data ..... .....

**N.B. Qualora all'atto dell'ingresso le condizioni di salute risultino diverse da quelle indicate sul presente certificato, l'Amministrazione si riserva la facoltà di rifiutare l'accettazione.**