

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO DI MEANO

Via Vittorio Veneto n. 5 – 32030 Meano di Santa Giustina (BL)
CF. 82000010254 P.IVA 00213460256 e-mail casariposo.meano@gmail.com
fax e telefono 0437 86046

Al medico Curante.

Gentilissimo Dottore,

al fine di facilitare la nostra valutazione socio sanitaria del suo paziente che ha fatto domanda di ingresso presso la nostra struttura le chiediamo gentilmente le informazioni di seguito riportate.

Ringraziandola per la Sua gentile collaborazione, cogliamo l'occasione per porgere distinti saluti.

La Casa di Riposo di Meano

CONDIZIONI SANITARIE

NOME

COGNOME

Affetto da

Attivo

Pregresso

TERAPIE IN ATTO

Farmaco

Posologia

INTOLLERANZE

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO DI MEANO

Via Vittorio Veneto n. 5 – 32030 Meano di Santa Giustina (BL)
CF. 82000010254 P.IVA 00213460256 e-mail casariposo.meano@gmail.com
fax e telefono 0437 86046

CONDIZIONI DI SALUTE

MOTRICITÀ	<i>SENZA O CON LIEVE DIFFICOLTÀ</i>	<i>CON DIFFICOLTÀ O SOLO IN PARTE</i>	<i>NON È IN GRADO</i>
1. Si muove da solo	0	1	2
2. Allettato livello di dipendenza lato medio basso	0	1	2
3. Si muove usando protesi sostegni o carrozzina	0	1	2
4. Si muove con l'aiuto di persone	0	1	2
CURA DELLA PERSONA O DELLA CASA	<i>SENZA O CON LIEVE DIFFICOLTÀ</i>	<i>CON DIFFICOLTÀ O SOLO IN PARTE</i>	<i>NON È IN GRADO</i>
5. In grado di provvede alla propria alimentazione	0	1	2
6. Mangia da solo	0	1	2
7. Si lava da solo	0	1	2
8. Fa il bagno da solo	0	1	2
9. Utilizza servizi igienici da solo	0	1	2
10. Si veste da solo	0	1	2
11. In grado di accudire al governo della casa	0	1	2
12. Conserva autonomia fuori dell'abitazione	0	1	2
CONDIZIONI DI SALUTE	<i>SENZA O CON LIEVE DIFFICOLTÀ</i>	<i>CON DIFFICOLTÀ O SOLO IN PARTE</i>	<i>NON È IN GRADO</i>
13. Vede	0	1	2
14. Sente	0	1	2
15. Parla	0	1	2
16. Continenza vescicole	0	1	2
17. Continenza anale	0	1	2
18. Se porta il catetere livello di prestazione richiesta	0	1	2
19. Manifesta psiche integra	0	1	2
20. Fenomeni confusionali e deterioramento mentale (lieve, medio, grave)	0	1	2
21. Prestazioni particolari per piaghe da decubito e/o neoplasie	0	1	2

Timbro e firma del medico curante

SPAZIO DESTINATO ALLA CASA DI RIPOSO

Totale Punteggio

CLASSIFICAZIONE

MOLTO URGENTE

URGENTE

ASPETTATIVA

Data

Firma