



## **CASA DI RIPOSO DI GRAGLIA E MUZZANO**

### **QUESTIONARIO DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE**

**Cognome e nome dell'Ospite** .....

**Nato/a il**..... **a**.....

*N.B.-Crocicare la voce che interessa e se pregresse o in atto, specificare.*

**1) Afezioni cardiovascolari:**

no             \_\_\_\_\_  
pregresse  \_\_\_\_\_  
in atto       \_\_\_\_\_

**2) Malattie endocrine:**

no             \_\_\_\_\_  
pregresse  \_\_\_\_\_  
in atto       \_\_\_\_\_

**3) Malattie del sistema nervoso centrale:**

no             \_\_\_\_\_  
pregresse  \_\_\_\_\_  
in atto       \_\_\_\_\_

**4) Turbe psichiche:**

no             \_\_\_\_\_  
pregresse  \_\_\_\_\_  
in atto       \_\_\_\_\_

**5) Malattie del sangue:**

no             \_\_\_\_\_  
pregresse  \_\_\_\_\_  
in atto       \_\_\_\_\_

**6) Malattie apparato urogenitale:**

no             \_\_\_\_\_  
pregresse  \_\_\_\_\_  
in atto       \_\_\_\_\_

**7) Malattie a carico dell'apparato locomotore:**

no             \_\_\_\_\_  
pregresse  \_\_\_\_\_  
in atto       \_\_\_\_\_

**8) Malattie dermatologiche (piaghe da decubito, ecc):**

no  \_\_\_\_\_  
pregresse  \_\_\_\_\_  
in atto  \_\_\_\_\_

**9) Allergie:**

si  O quali \_\_\_\_\_  
no

**10) Diabete:**

si  O (specificare se seguito da un centro antidiabetico): \_\_\_\_\_  
no

**11) Disturbi del comportamento:**

si  O quali \_\_\_\_\_  
(vagabondaggio-ansia-agitazione/aggressività-deliri-allucinazioni-depressione/disforia-apatia/indifferenza  
disinibizione-irritabilità-disturbi dell'appetito e dell'alimentazione-disturbi del sonno)  
no

**12) Altre malattie in atto (specificare):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13) Incontinenza:**

urinaria: si  no  (specificare se catetere o pannoloni) \_\_\_\_\_  
fecale: si  no

**14) Si nutre:**

autonomamente   
con aiuto   
deve essere imboccato

**18) Gestione del sonno:**

regolare   
indotto

**15) Si veste:**

autonomamente   
con aiuto   
non è in grado

**19) Si lava:**

autonomamente   
con aiuto   
non è in grado

**16) Stato mentale:**

apatico   
lucido   
confuso   
agitato

**20) Deambula:**

autonomamente   
in carrozzina   
con ausili   
è allettato

**17) Controllo alvo:**

continente   
non sempre   
ha il pannolone

**21) Controllo vescica:**

continente   
catetere a permanenza   
ha il pannolone

**22) Grado di autosufficienza complessivo:**

- completa
- semi-dipendente
- totalmente dipendente

**Diagnosi circostanziata della patologia invalidante:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra.....  
non è affett... da malattie infettive e contagiose in atto e non presenta turbe-fisiche tali che non consentono la vita in comunità.

Il Medico curante \_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

Indicare numero di telefono: \_\_\_\_\_