



FATEBENEFRATELLI  
RSA San Carlo Borromeo

## CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

PLV  
Ordine Ospedaliero  
S. Giovanni di Dio  
  
Solbiate con Cagno

Cognome e Nome .....

Data di nascita ..... / ..... / ..... Luogo di nascita .....

**Quadro Clinico:** patologie principali

Indice di comorbidità (CIRS)	Diagnosi	assente	lieve	moderato	grave	molto grave
<b>Patologie Cardiache (solo cuore)</b> Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Iperensione</b> (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato vascolare</b> (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato respiratorio</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Occhi / O.R.L.</b> (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato digerente tratto superiore</b> (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato digerente tratto inferiore</b> (intestino, ernie)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Fegato</b> (solo fegato)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Rene</b> (solo rene)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie</b> (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato Muscolo-Scheletro e Cute</b> (muscoli, scheletro, tegumenti)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Patologie sistema nervoso</b> (sistema nervoso centrale e periferico; <b>non include la demenza</b> )	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Patologie sistema Endocrino-Metabolico</b> (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Stato mentale e comportamentale</b> ( <b>include demenza</b> , depressione, ansia, agitazione, psicosi)	..... .....	<input type="checkbox"/>				



FATEBENEFRATELLI  
RSA San Carlo Borromeo

## CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

PLV  
Ordine Ospedaliero  
S. Giovanni di Dio  
  
Solbiate con Cagno

Malattie infettive contagiose in atto

.....

Allergie                       non note     no     si, di che tipo: .....

Interventi chirurgici e/o ricoveri ospedalieri e riabilitativi (negli ultimi 12 mesi)

.....

### Aspetti clinico - funzionali

Autonomia nel movimento (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro.....
Autonomia igiene e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Autonomia nell'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si    Data ultimo posizionamento: ...../..... / 20.....
Presidi assorbenti	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
Nefro /urostomia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Stomia, sede: .....
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si: <input type="checkbox"/> continua                      litri/min .....
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si (tipo di cannula)
Ventilazione	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si: <input type="checkbox"/> invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, sede: .....
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si    Sede: ..... Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede: ..... Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, sede: .....
Cadute ricorrenti (anche senza conseguenze traumatiche)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si    Numero cadute nell'anno: .....
Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Cecità assoluta <input type="checkbox"/> si
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si    Corretta con protesi <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si    Sordità assoluta <input type="checkbox"/> si





FATEBENEFRATELLI  
RSA San Carlo Borromeo

## CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

PLV  
Ordine Ospedaliero  
S. Giovanni di Dio  
Solbiate con Cagno

Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Addensanti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....		
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG	Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale
Peso corporeo: .....	kg	Altezza: .....	cm
Intolleranze	<input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI di che tipo: .....		

### Terapia

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

### Altri trattamenti:

Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo _____
Dialisi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale	
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) .....		



FATEBENEFRATELLI  
RSA San Carlo Borromeo

## CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

PLV  
Ordine Ospedaliero  
S. Giovanni di Dio  
Solbiate con Cagno

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): ..... / ..... / .....

<p>Nome e Cognome medico curante: ..... Recapito telefonico ..... ..... e-mail diretta: ..... @ .....</p>	<p>Timbro e firma del medico curante</p>
---	--

Data di compilazione: ..... / ..... / .....