**Certificato medico Soggiorno Temporaneo**

|  |
| --- |
| **DATI PAZIENTE** |
| Cognome:       | Nome:       |
| Data di nascita:       | Cassa Malati:      Numero:       |
| Indirizzo:      NPA:      Domicilio:       | Eventuale Rappresentante terapeutico/Curatore:     Telefono Rappresentante terapeutico/Curatore:      |
| REA: [ ]  Sì [ ]  No | Direttive anticipate: [ ]  Sì [ ]  No(Se presenti allegare copia) |
| Stato di coscienza: [ ]  Orientato  [ ]  Disorientato, specificare [ ]  Spazio [ ]  Tempo [ ]  Luogo [ ]  Persona |
| MMSE:       Effettuato il:       | Rischio di caduta: [ ]  Sì [ ]  No |
| Rischio di fuga: [ ]  Sì [ ]  No | Fisioterapia: [ ]  Sì [ ]  No |
| Grado di dipendenza: [ ]  Autonomo [ ]  Parzialmente dipendente [ ]  Dipendente |
| Mobilità: [ ]  Deambulazione libera [ ]  Mezzi ausiliari, specificare       |
| Situazione sociale: [ ]  Vive a casa da solo[ ]  Vive a casa con una badante[ ]  Vive a casa con i famigliari[ ]  Seguito dagli aiuti domiciliari, specificare       |
| Motivi che concorrono alla richiesta di ammissione:[ ]  Sollievo famigliare[ ]  Problemi sociali (isolamento, ansia, bisogno di sicurezza)[ ]  Migliorare l’autonomia in previsione di un rientro a domicilio[ ]  Altro, specificare       |
| **Allegare diagnosi e terapia** |
| Allergie:      |
| Medicazioni (localizzazione e trattamento):      |
| Altre osservazioni importanti:      |

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e Data:       | Firma del medico curante:       |