**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: |