**Certificato medico Soggiorno Temporaneo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATI PAZIENTE** | | |
| Cognome: | Nome: | |
| Data di nascita: | Cassa Malati:  Numero: | |
| Via: | Persona di riferimento: | |
| NPA: | Parentela persona di riferimento: | |
| Domicilio: | Tel. riferimento: | |
| 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 | | |
| Diagnosi (Se possibile allegare le diagnosi): | | |
| Terapia (Se possibile allegare la terapia attuale): | | |
| Allergie: | | |
| Medicazioni (localizzazione e trattamento): | | |
| Altre osservazioni importanti: | | |

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