

# CERTIFICATO MEDICO PER INSERIMENTO LISTA D'ATTESA UNICA R.S.A.

Signor/a \_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_ Ass. Sociale di riferimento \_\_\_\_\_

## Valutazione dell'autonomia nelle ADL (Indice di Barthel) (obbligatorio)

	1 dipendenza completa	2 dipendenza grave	3 dipendenza moderata	4 dipendenza lieve	5 autosuff.
deambulazione	0	3	8	12	15
locomozione su sedia a rotelle	0	1	3	4	5
scale	0	2	5	8	10
trasferimento letto/sedia	0	3	8	12	15
Toilette uso dei servizi	0	2	5	8	10
continenza intestinale	0	2	5	8	10
continenza urinaria	0	2	5	8	10
alimentazione	0	2	5	8	10
abbigliamento	0	2	5	8	10
igiene personale	0	1	3	4	5
bagno/doccia	0	1	3	4	5

Punteggio Barthel \_\_\_\_\_ / 100

## Funzioni cognitivo-comportamentali (obbligatorio)

	grave	moderato	lieve	assente
Confusione (disorientamento spazio-temporale, turbe della memoria)	<b>1</b> (6)	<b>2</b> (4)	<b>3</b> (2)	<b>4</b> (0)
Irritabilità.....	1	2	3	4
Irrequietezza.....	<b>1</b> (6)	<b>2</b> (4)	<b>3</b> (2)	<b>4</b> (0)
Agitazione motoria .....	1	2	3	4
Deambulazione afinalistica .....	1	2	3	4
Aggressività verbale e fisica, vocalizzi .....	1	2	3	4
Deliri .....	1	2	3	4
Ansia .....	1	2	3	4
Depressione .....	1	2	3	4
Insonnia .....	1	2	3	4

## Funzioni psico-sensoriali (obbligatorio)

	assente	limitata	integra
Capacità di comunicare .....	1	2	3
Vista .....	1	2	3
Udito .....	1	2	3

Note .....

.....

.....

# CERTIFICATO MEDICO PER INSERIMENTO LISTA D'ATTESA UNICA R.S.A.

## Condizioni sanitarie (CIRS) (obbligo di precisare le patologie)

ACV (solo cuore) .....	1	2	3	4	5
Ipertensione (si valuta la severità, considerare gli organi coinvolti separatamente) .....	1	2	3	4	5
.....					
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) .....	1	2	3	4	5
.....					
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) .....	1	2	3	4	5
.....					
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) .....	1	2	3	4	5
.....					
Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) .....	1	2	3	4	5
.....					
Apparato G.I. inferiore (intestino, ernie) .....	1	2	3	4	5
.....					
Patologie epatiche (solo fegato) .....	1	2	3	4	5
.....					
Patologie renali (solo rene) .....	1	2	3	4	5
.....					
Altre genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) .....	1	2	3	4	5
.....					
Sistema muscolo-scheletrico – cute .....	1	2	3	4	5
.....					
Sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza) .....	1	2	3	4	5
.....					
Endocrino-metabolico (include diabete, infezioni, stati tossici) .....	1	2	3	4	5
.....					
Psichiatrico-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) .....	1	2	3	4	5
.....					

**Leggenda patologie in atto:** 1 – Assente; 2 – Lieve; 3 – Moderato; 4 – Grave; 5 – Molto grave;

## Altri problemi sanitari

(qualora non fosse compilato niente è da intendersi che non esistono tali patologie)

Diete particolari |\_| \_\_\_\_\_ Disfagia |\_| SNG/PEG |\_|  
Patologia oncologica avanzata |\_| \_\_\_\_\_ Stato Vegetativo Persistente |\_|  
Sclerosi Multipla |\_| Sclerosi Laterale Amiotrofica |\_| Ossigenoterapia |\_| Tracheotomia |\_|  
Patologia psichiatrica |\_| \_\_\_\_\_ Alcolismo |\_| Tabagismo |\_|  
Malattie infettive: |\_| \_\_\_\_\_ Presenza lesioni de decubito |\_| \_\_\_\_\_  
Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**STATO VACCINALE SARS-COVID 19:**  1° DOSE  2° DOSE  3° DOSE  ESONERATO (ALLEGARE DOCUMENTAZIONE DI ESENZIONE)  ALTRO \_\_\_\_\_

**In caso di diagnosi del Morbo di Alzheimer è necessario allegare anche la relativa certificazione sanitaria che attesti la diagnosi stessa**

**Terapie in atto (obbligatorio):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_