



VIA VINCENZO IRELLI 16 TERAMO
0861 252398 casadiriposo.teramo@gmail.com

SITUAZIONE MEDICA GENERALE

a cura del medico MG

SI CERTIFICA a richiesta di parte, quanto segue:

Cognome e Nome Paziente _____

Nato il _____ a _____

Cod.Fisc. _____

Residente a _____ Via _____ N. _____

Cognome e Nome Familiare di riferimento: _____ parentela _____

Tel cell.: _____ e-mail _____

Diagnosi	
Note anamnestiche	
Interventi chirurgici subiti	
Vaccinazioni	Ultima Anti-influenzale in data: Ultima Anti-Pneumococco in data:

Prescrizione per i seguenti esami ematochimici da effettuare possibilmente 15gg prima dell'ingresso in struttura:
Emocromo con formula leucocitaria, glicemia, azotemia, creatinina, uricemia, transaminasi, gammagt, fosfatasi
alcalina, bilirubina, protidemia, elettroforesi proteica, VES, elettroliti, esame urine, marcatori sierologici epatite B e
C, TPHA



VIA VINCENZO IRELLI 16 TERAMO
0861 252398 casadiriposo.teramo@gmail.com

SITUAZIONE MEDICA GENERALE

a cura del medico MG

Paziente collaborante: SI ☐ NO ☐

Stato di coscienza: Orientato ☐ Disorientato ☐

Disturbi comportamentali: NO ☐ Deliri ☐ Aggressività ☐ Depressione ☐ Tentativi di fuga ☐ Irrequietezza ☐

Stato ansioso: SI ☐ NO ☐

Disturbi del sonno: SI ☐ NO ☐

Terapia sedativa: SI ☐ NO ☐

Terapia insulinica: SI ☐ NO ☐

Respirazione: Autonoma ☐ Ossigeno ☐

Alterazioni organi di senso: Udito: SI ☐ NO ☐ Vista: SI ☐ NO ☐

Deambulazione: autonoma ☐ con aiuto ☐ deambulatore ☐ obbligato in carrozzella ☐ allettato ☐

Alimentazione: autonoma ☐ imboccato ☐ disfagia ☐ sondino NG ☐ PEG ☐ altro ☐

Vestizione autonoma: SI ☐ NO ☐ parziale ☐

Continenza urinaria: SI ☐ NO ☐ pannolone ☐ catetere vescicale ☐ tipo ☐ altro ☐

Continenza fecale: SI ☐ NO ☐ portatore di stomia: SI ☐ NO ☐

Evacuazione spontanea: SI ☐ NO ☐ specificare le modalità ☐

Accesso venoso centrale: SI ☐ NO ☐

Lesioni da decubito: NO ☐ SI ☐ specificare Sede e Grado ☐

Peso corporeo: Normopeso ☐ Sottopeso ☐ Sovrappeso ☐ Obeso ☐ Gravemente obeso ☐

Positivo HBV ☐ Positivo HCV ☐ Positivo HIV ☐

Allergie/ intolleranze: ☐

Terapia in atto:

FARMACO e DOSAGGIO

POSOLOGIA

NOTE CONCLUSIVE

- ☐ Il paziente pertanto risulta autosufficiente.
- ☐ Il paziente pertanto risulta semi-autosufficiente.
- ☐ Il paziente pertanto risulta **non autosufficiente** e non curabile a domicilio e come tale necessita di assistenza sanitaria e infermieristica per limitare la perdita delle funzioni residue e per prevenire le complicanze.

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____