

	<b>ELENCO DOCUMENTI ED ESAMI ALL'INGRESSO</b>	<b>M082</b> Ed.2 DEL 11/12/2018 REV. 2 DEL 15/02/2024
	FONDAZIONE CASA RIPOSO S. GIUSEPPE ONLUS	PAGINA 1 di 3

## **ESAMI EMATO-STRUMENTALI e DOCUMENTI PER L'INGRESSO IN STRUTTURA**

Per l'ingresso nella nostra Struttura, si richiede la seguente documentazione:

- 1) **SCHEDA MEDICA DI AMMISSIONE** (allegato da far compilare al medico curante)
- 2) **IMPEGNATIVA ESAMI SANGUE** (EMOCROMO, VES, GLICEMIA, CREATININA, GOT, GPT, GGT, AZOTEMIA, PROTIDOGRAMMA, NA, K, TPHA, HCV, HbsAG, HIV)
- 3) **IMPEGNATIVA ESAME URINE COMPLETO**
- 4) **IMPEGNATIVA ECG**
- 5) **IMPEGNATIVA ESAMI FECI PER RICERCA PARASSITI**
- 6) **TESSERA SANITARIA + LIBRETTO CARTACEO, ESENZIONE TICKET**

Si considerano validi gli esami aventi data fino a 60 gg. precedenti a quella d'ingresso.

Il Responsabile Sanitario

	<b>ELENCO DOCUMENTI ED ESAMI ALL'INGRESSO</b>	<b>M082</b> ED.2 DEL 11/12/2018 REV. 2 DEL 15/02/2024
	FONDAZIONE CASA RIPOSO S. GIUSEPPE ONLUS	PAGINA 2 di 3

Bordighera,

## **SCHEMA MEDICA DI AMMISSIONE**

Il \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_

Invalidità:  No  Si Presidi assegnati: \_\_\_\_\_

<b>ANAMNESI FIOIOLOGICA E VALUTAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI</b>
---

**Condizioni generali**  Buone  Discrete  Compromesse  Gravi

**Stato mentale**  Lucido  Apatico  Confuso  Stuporoso

**Deambulazione**  Normale  Con aiuto  Sedia a rotelle  Allettato

**Mobilità**  Normale  Limitata  Molto limitata  Immobile

**Incontinenza fecale**  Saltuaria  Frequente  Assente

**Incontinenza urinaria**  Saltuaria  Frequente  Assente

**Alvo**  Regolare  Stitico  Diarroico  Alternato  Ano preternaturale

**Diuresi**  Regolare  Stranguria  Nicturia  Pollachiuria  Catetere

**Sensorio**  Cecità  Sordità  Ipovisus  Ipoacusia

**Alimentazione**  Scarsa  Normale  Abbondante

Autonoma  Assistita

**Consumo di alcolici**  No  Moderato  Abbondante  Etilismo

**Fumo**  No  Si  Pregresso n° sigarette/die: .....

**Sonno**  Normale  Con aiuto farmacologico  Agitato  Insonnia precoce

Insonnia tardiva

**Igiene e vestizione**  Autonomo  Parzialmente autonomo  Non autosufficiente

**Vigile**  No  Si

**Decubiti**  No  Si  Localizzazione: .....

**Atteggiamento auto/etero aggressivo**  Si  No  A Volte

**Alimentazione**  Normale

Dieta particolare .....

**Allergie note** .....

**Vaccinazioni eseguite** .....

