

# CERTIFICAZIONE MEDICA DI ACCESSO A RESIDENZA PER ANZIANI

**Da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

PATOLOGIE DI AREA MEDICA	Ricovero ospedaliero	Anno	Eventuali sequele

PATOLOGIE DI AREA CHIRURGICA	Intervento	Anno	Eventuali postumi

PATOLOGIE DI AREA TRAMATOLOGICA ORTOPEDICA	Intervento	Anno	Eventuali postumi





**STATO NUTRIZIONALE**

- nella norma
- deficit nutrizionale moderato
- obesità
- in nutrizione enterale
- grave
- parenterale

**NECESSITA' DI SUPPORTO RESPIRATORIO**

- tracheotomia
- ossigenoterapia continua
- broncoaspirazione
- ventiloterapia

**TRATTAMENTI FARMACOLOGICI**

**Terapia attuale:**

---

---

---

---

**TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI**

---

---

---

**PROTESI ED AUSILI**

---

---

---

---

Il richiedente non presenta segni clinici di malattie infettive in atto e può vivere in comunità. SI  
NO

Data.../.../....

**Timbro e firma del Medico**

---