



S.O.M. **RSA RESIDENZA RAFFAELLA**
Via Lemonia 223- 227 Roma

REFERTO DELLA VISITA DEL **MEDICO CURANTE** PER L'AMMISSIONE ALLA RESIDENZA

del sig.....

Notizie di carattere generale

1. NOME DELL'ASPIRANTE RESIDENTE
2. Indirizzo..... tel.....
3. Numero iscrizione alla USL RM /.....
4. Recenti ricoveri.....
 - a- data.....
 - b- denominazione ospedale, clinica, altro.....
 - c- durata del ricovero.....
 - d- terapie effettuate.....
 - e- risultati delle terapie.....

N.B. in caso affermativo allegare referti medici
5. Da quanto tempo Lei è il suo medico curante?
6. Il paziente è stato sottoposto a visite mediche regolari da parte sua?.....
7. A quali terapie è sottoposto attualmente il paziente?.....
8. Quali medicinali sta assumendo attualmente?.....

Certificazione anamnestica

È stato l'aspirante residente affetto da:

1. Diabete fa uso di medicine per vie orali o insulina?.....
tipo dosi.....
Scompensi cardiaci
Malattie respiratorie
Tubercolosi
Paralisi da quando.....
Condizioni attuali.....
Fratture..... quando.....
Condizioni attuali.....
Incontinenza
Altre malattie gravi
Altre condizioni patologiche croniche.....
2. Condizioni mentali ed emotive.....
3. Cancro..... da quando.....
Organi compromessi



S.O.M. **RSA RESIDENZA RAFFAELLA**
Via Lemonia 223- 227 Roma

4. Uso di protesi.....

5. Asma..... quali medicinali assume ?.....
tipo..... dosi.....

6. Allergie da cibo o medicinali.....

7. Vaccinazioni: tetano il..... : differite il.....
influenza il..... altre il.....

8. Dieta speciale consigliata.....

.....

.....

Visita medica

1. Altezza..... peso.....

2. Pressione minima..... max.....

3. Temperatura corporea.....

4. testa: cranio.....

naso.....

Gengive.....

denti.....

orecchie..... occhi.....

gola.....

lingua.....

5. Collo: nodosità..... tiroide.....

6. Torace: petto..... polmoni.....

7. Addome..... ernia.....

8. Organi genitali.....

9. Intestino Retto.....

10. Estremità.....

11. Pelle.....

12.* Analisi delle urine: data..... osservazione sui risultati:

.....

.....

13.* Analisi del sangue: data..... osservazione sui risultati:

.....

.....

14.* Sierologia: data..... osservazione sui risultati:

.....

.....

15.* Radiografia del torace: data..... osservazioni sui risultati:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*NB si prega di allegare i risultati delle analisi in data non anteriore a tre mesi ad eccezione della radiografia che può risalire ad un anno



S.O.M. **RSA RESIDENZA RAFFAELLA**
Via Lemonia 223- 227 Roma

16.Osservazioni sulle attuali condizioni psico-fisiche dell'aspirante residente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

17.Sintomatologia:

Prescrizioni:

18.CAPACITÀ FUNZIONALI

- a) bagno ed igiene personale.....
- b) capacità a vestirsi.....
- c) capacità ad alimentarsi.....
- d) cura della propria persona.....
- e) comunicabilità.....
- f) deambulazione.....
- g) medicazioni

19 ALTRE OSSERVAZIONI

Data.....

firma del medico

.....

Nome del medico (in stampatello)

.....

indirizzo e telefono (in stampatello)

.....