

## CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE

Esito della visita medica effettuata al/alla sig./sig.ra

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

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### ANAMNESI

Patologia remota

---

---

Patologia prossima

---

---

### ESAME OGGETTIVO

Condizioni generali (cute, tessuto linfoghiandolare, tessuto adiposo, muscoli, ossa, articolazioni):

---

---

Apparato circolatorio:

---

---

Apparato digerente:

---

---

Apparato urogenitale:

---

---

Sistema nervoso:

---

---

**MOBILITA'**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cammina autonomamente senza aiuto | <input type="checkbox"/> Cammina con ausili |
| <input type="checkbox"/> Non deambula                      | <input type="checkbox"/> Paziente Allettato |

**ORGANI SENSORIALI (udito e vista)**

- Normali
- Deficit correggibili con aiuto di protesi e/o occhiali
- Grave deficit non correggibili

**CONTROLLO SFINTERICO**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Presente                         | <input type="checkbox"/> Incontinenza urinaria episodica         |
| <input type="checkbox"/> Incontinenza urinaria permanente | <input type="checkbox"/> Incontinenza totale (vescicale e anale) |

**ALIMENTAZIONE**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normale             | <input type="checkbox"/> Dieta particolare (specificare): _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabete             | <input type="checkbox"/> Terapia orale                          |
| <input type="checkbox"/> Insulino dipendente |   |

**TERAPIA**

---

---

---

---

---

---

---

---

**CONCLUSIONI**

Si dichiara che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ è idoneo/a ad essere ammesso in struttura assistenziale non sanitaria, in quanto al momento le condizioni generali di salute lo consentono.

Data, \_\_\_\_\_

IL MEDICO CURANTE

\_\_\_\_\_