

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'

- Cammina autonomamente senza aiuto
- Cammina con ausili
- Non deambula
- Paziente Allettato

ORGANI SENSORIALI (udito e vista)

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

CONTROLLO SFINTERICO

- Presente
- Incontinenza urinaria episodica
- Incontinenza urinaria permanente
- Incontinenza totale (vescicale e anale)

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
