

**QUESTIONARIO MEDICO DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI INGRESSO**

Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

**MEDICAZIONI CHIRURGICHE**

- non necessarie
- per ulcere e distrofie cutanee
- per catetere a permanenza
- per piaghe da decubito

**PRESTAZIONI MEDICHE**

- non necessarie
- prestazioni ambulatoriali interne
- prestazioni ambulatoriali esterne
- controllo medico continuo

**CONTROLLO SFINTERICO**

- presente
- incontinenza saltuaria
- incontinenza urinaria
- incontinenza totale

**DISTURBI COMPORTAMENTALI**

- assenti
- disturbi dell'umore
- disturbi della cognitiva
- costante atteggiamento aggressivo

**DEFICIT SENSORIALI**

- normale
- deficit correggibile con protesi
- deficit non correggibile
- cecità e sordità

**MOBILITÀ**

- cammina autonomamente senza aiuto
- cammina con l'aiuto saltuario di altre persone
- cammina con l'aiuto costante di altre persone o con sedia a rotelle
- allettato, deve essere alzato

**DIAGNOSI CLINICA**

\_\_\_\_\_

**TERAPIA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico