

VILLA CENACOLO
CENTRO DELL'ANZIANO S.r.l.



Al medico Curante
Ai sigg. Parenti

Si prega di aggiungere alla domanda di inserimento in RSA di un/una paziente di accludere tutte le documentazioni in possesso (dimissioni ospedaliere, esami clinico-strumentali progressi). Inoltre è necessario che tutte le voci accluse nella domanda prestampata siano compilate e che vi sia una relazione puntuale del Medico Curante.

In mancanza di tali dati la domanda non potrà essere presa in considerazione, ciò allo scopo di essere in possesso di una chiaro e documentato profilo fisiopatologico del paziente stesso e del suo stato di autonomia psicofisica.

Questi accorgimenti vanno a tutto vantaggio di una idonea sistemazione del paziente stesso all'interno dell'RSA e accorciano i tempi burocratici del ricovero.

È inoltre indispensabile un colloquio coi parenti e quando sia possibile una visita del paziente stesso.

Ringrazio anticipatamente della Vostra collaborazione.

Dott. B. Grumelli

Dott. BRUNO GRUMELLI
Direttore Sanitario
Specialista in Geriatria



VILLA CENACOLO

Centro dell'Anziano

Piazza San Vito, 3 – 20030 Lentate sul Seveso (MI) – Tel. 0362/560213 – Fax 0362/542607

SCHEDA SANITARIA (M07/02)

da compilarsi a cura del Medico attualmente responsabile del richiedente

a) Cognome Nome.....

Sesso
 M F

Nato/a a
g g m m a a

b) ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (Particolarmente riferita a ricoveri ospedalieri, se possibile con allegata fotocopia delle dimissioni).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

c) HA MAI SUBITO RICOVERI PER MOTIVI PSICHIATRICI?

NO

SI Anno e mese (specificare mese se ricovero nel corso dell'ultimo anno)

Diagnosi alla dimissione e terapia consigliata:

.....

.....

.....

.....

Se Si, allegare dichiarazione dello specialista psichiatra che il soggetto può vivere in comunità.

.....
.....
.....
.....

m) PARERE DEL MEDICO

a) con riferimento all'autosufficienza o meno del soggetto;

b) con riferimento alle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data _____

Timbro e firma del Medico

Spazio riservato al Medico del Centro dell'Anziano Srl

.....
.....
.....
.....
.....

N.B.: la compilazione dei paragrafi c) e d) è indispensabile ai fini dell'ammissione della domanda