

**Allegato 1/A (da compilarsi a cura del medico di base)**

**ESITO DELLA VISITA MEDICA** effettuata al Sig. \_\_\_\_\_,  
nat\_\_a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in via \_\_\_\_\_

**ANAMNESI**

A. FAMILIARE E FISIOLÓGICA:

---

---

---

B. PATOLOGIA REMOTA:

---

---

---

---

C. PATOLOGIA PROSSIMA:

---

---

---

**ESAME OBIETTIVO**

**Condizioni generali:**

cute; tessuto linfoghiandolare; tessuto adiposo; muscoli; ossa; articolazioni;

---

---

---

---

Altezza: ..... Peso: .....

**Apparato-respiratorio:**

---

---

**Pressione arteriosa: .....**

---

---

**Apparato-circolatorio:**

---

---

---

**Apparato-digerente:**

---

---

---

**Apparato-urogenitale:**

---

---

---

**Sistema nervoso; sistema endocrino; organi di senso; psiche:**

---

---

---

**DIAGNOSI**

---

---

---

---

---

## DICHIARAZIONE DI IDONEITA' PSICO-FISICA AI FINI DELL'AMMISSIONE IN COMUNITA'

Dichiaro che ...l... sig./sigra \_\_\_\_\_

- è autosufficiente e NON necessita di alcun tipo di assistenza
- è parzialmente autosufficiente ma non necessita di assistenza infermieristica H24
- è parzialmente autosufficiente e necessita di assistenza infermieristica ma non H24 solo per particolari cure igieniche e medicamentose
- NON è autosufficiente e ha bisogno H24 di assistenza infermieristica per particolari cure medicamentose e sanitarie

Si certifica, altresì, che lo stesso è esente da malattie infettive in atto, anche a carico della pelle, dei polmoni, del fegato e esente da patologie che possano in qualche modo compromettere il corretto inserimento in comunità.

**In fede,**

Roma, il .....

IL SANITARIO (timbro e firma leggibile)

\_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_