



SCHEDA DI SEGNALAZIONE MEDICO DI MEDICINA GENERALE

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a il ____/____/____ Sesso M F Data di compilazione ____/____/____

Domiciliato in Via _____ Tel. _____

Eventuali altri n° telefonici _____

Medico di Medicina Generale _____ Tel. _____

- | | | | |
|-----|--|---------------|---------------|
| 1. | E' in grado di lavarsi | SI | NO |
| 2. | E' in grado di vestirsi | SI | NO |
| 3. | E' continente per urine e feci | SI | NO |
| 4. | E' in grado di alimentarsi | SI | NO |
| 5. | E' in grado di utilizzare i servizi igienici | SI | NO |
| 6. | E' in grado di deambulare | SI | NO |
| 7. | Assenza di cardiopatia ischemica | SI (A) | NO (C) |
| 8. | Assenza di broncopneumopatie | SI (X) | NO (Y) |
| 9. | E' orientato e collaborante | SI (D) | NO (F) |
| 10. | Assenza di lesioni da decubito | SI (G) | NO (H) |

Altri problemi sanitari rilevanti da segnalare _____



REGIONE LIGURIA

- A. Vive in famiglia o ha reti di supporto familiare di riferimento **SI NO**
- B. Vive con coniuge o altro familiare autosufficiente **SI NO**
- C. Nucleo familiare adeguato (assenza di patologie psichiatriche, assenza di dipendenze da sostanza, assenza handicap) **SI NO**

Altri problemi sociali rilevanti da segnalare_____

Timbro e Firma