

**CASA DI RIPOSO DI AGLIANO TERME
VIA PRINCIPE AMEDEO 72
14041 AGLIANO TERME**

Il sottoscritto dottor _____
in qualità di _____

CERTIFICA

quanto segue relativamente al/alla Signor/a _____
nato/a a _____ il _____

CONDIZIONI PSICO - INTELLETTIVE

- ORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE
- TONO DELL'UMORE

MOBILITA'

- AUTONOMA
- CON AIUTO

ALIMENTAZIONE

- AUTONOMA
- DIETE PARTICOLARI

INCONTINENZA SFINTERICA

- INESISTENTE
- OCCASIONALE
- ABITUALE
- DOPPIA INCONTINENZA

APPARATO BRONCO-POLMONARE

- INDENNE
- EVENTUALE DEFICIT

APPARATO SENSORIALE

- INDENNE
- EVENTUALE DEFICIT

APPARATO NEUROLOGICO

- INDENNE
- EVENTUALE DEFICIT

MALATTIE METABOLICHE

- NO
- SI
- QUALI

PRESENZA DI PATOLOGIE CHE CONTROINDICANO LA VITA IN COMUNITA'

- SI
- NO

Lì, _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO