

IRAS - ISTITUTO RODIGINO DI ASSISTENZA SOCIALE

Via G.Giro, 3 - 45100 - ROVIGO -

Tel: 0425/427111 - 363311

Fax: 0425-363363 / Partita IVA: 01083130292

Codice Fiscale: 93015830297

CERTIFICATO MEDICO

Esito della visita medica effettuata al Sig. _____

Nato a _____ il _____ e residente a _____

_____ Prov. _____ Via/Piazza _____

ANAMNESI

Anamnesi patologica remota _____

Anamnesi patologica prossima _____

Anamnesi fisiologica _____

Esame Obiettivo:

Condizioni generali:

Cute: _____

Tessuto Linfoghiandolare _____

Muscoli _____

Ossa _____

Articolazioni _____

Apparato Circolatorio _____

Apparato Respiratorio _____

Apparato digerente _____

Apparato Urogenitale _____

Sistema Nervoso:

Psiche -----

(con particolare riferimento a stati depressivi in atto o pregressi)

Organi di senso -----

SISTEMA endocrino -----

Si dichiara che il paziente è esente da malattie infettive o parassitarie in atto.

DIAGNOSI

Terapia in atto

Conclusione ai fini dell'ammissione in Casa di Riposo:

*Ritengo che il/la Sig./ra -----
è/non è bisognosa di particolari cure igieniche, dietetiche e medicamentose:*

*Dichiaro che il/la Sig./ra -----
è/non è in buone condizioni fisiche/psichiche ed in grado di attendere a se stesso/a.*

In fede

Data:

**Il Medico curante:
(timbro e firma)**