

AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

(da compilare in ogni sua parte)

L'Istituzione Centri Soggiorno del Comune di Venezia, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 30/06/2003 n° 196 richiede, nell'esclusivo interesse degli utenti anziani (ultra sessantenni), di presentare per l'iscrizione definitiva ai soggiorni estivi, una valutazione da consegnare all'assistenza medica presente nelle strutture di soggiorno.

I soggiorni estivi, organizzati in centri gestiti dall'Istituzione e in strutture alberghiere a bassa protezione, implicano il trascorrere di parte delle giornate in spiaggia (mare), in passeggiate nei boschi (montagna-max 900 mt.) o nelle pertinenze verdi delle strutture.

Il trasporto da e verso le strutture, ove previsto, avviene esclusivamente in autobus privati; non sono previsti trasporti individualizzati se non in autonomia. Il consumo dei pasti avviene nelle sale pranzo comuni dei centri e degli alberghi, il riposo in camere a uno/due/tre letti.

Per quanto attiene l'autonomia dell'utente, si precisa che le strutture di tipo alberghiero e dei centri soggiorno "a bassa protezione", non sono in grado di accogliere utenti con problematiche di autosufficienza e, per tale motivo, si richiede una valutazione complessiva da parte delle SS.LL., che sarà oggetto di puntuale e attenta considerazione da parte dell'Istituzione in relazione alle risorse disponibili.

Si precisa che i contenuti della certificazione, non saranno inseriti in una banca dati e nemmeno elaborati, il tutto nel rispetto delle vigenti normative in materia di privacy.

La valutazione finale del medico di cui al punto C), qualora negativa, comporterà l'esclusione dell'anziano al soggiorno.

La Direzione dell'Istituzione

DATI DEL PARTECIPANTE

SOGGIORNI PRENOTATI

AL MARE

IN MONTAGNA

SIG./SIG.RA (cognome e nome)..... Nato/a il/...../19.....

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

A) SFERA DELL'AUTONOMIA

IL PAZIENTE PUO' VIVERE IN COMUNITA' (è idoneo psico-fisicamente)	SI	NO
IL PAZIENTE E' AUTOSUFFICIENTE (si orienta nel tempo e nello spazio, esprime perfettamente i suoi bisogni, è autonomo nell'assunzione di farmaci)	SI	NO
IL PAZIENTE DEAMBULA (se no, specificare: con ausili o in carrozzina)	SI	NO

B) EVENTUALI INFORMAZIONI RITENUTE UTILI PER GLI OPERATORI DEI SOGGIORNI CON COMPITI ASSISTENZIALI (es: patologie in atto, patologie pregresse, eventuali terapie in atto, incontinenza, allergie, diete...).

C) VALUTAZIONE FINALE DEL MEDICO CURANTE

NECESSITA DI ACCOMPAGNATORE PERSONALE	SI	NO
PUO' PARTECIPARE AI SOGGIORNI PRENOTATI	SI	NO

DATI DEL MEDICO CURANTE

Nome e cognome
Indirizzo e telefono

DATA/...../ 2016

TIMBRO E FIRMA
DEL MEDICO