RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE
PER L'INGRESSO IN R.S.A.

Sig./ra_____

Data di nascita_____ Tessera sanitaria_____ Data compilazione_____

Esenzione _____

Sez. 1 PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITÀ

	1 Assente	2 Lieve	3 Moderato	4 Grave	5 Molto Grave	 Data insorgenza
Patologie cardiache Specificare: _____ _____						
Ipertensione arteriosa Specificare: _____ _____						
Patologie vascolari Specificare _____ _____						
Patologie respiratorie Specificare _____ _____						
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____ _____						
Patologie epatiche Specificare _____ _____						
Patologie renali Specificare _____ _____						
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____ _____						
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____ _____						

Patologie neurologiche centrali e periferiche *(escluse* le demenze) Specificare _____ _____						
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sespi e stati tossici) Specificare _____ _____						
Patologie psichiatrico-comportamentali*(incluse* le demenze) Specificare _____ _____						

Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione

- ☐ NESSUNO
- ☐ STATO NUTRIZIONALE SODDISFACENTE
- ☐ OBESITÀ
- ☐ MALNUTRIZIONE
- ☐ RIFIUTO DEL CIBO
- ☐ SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE
- ☐ SI ALIMENTA CON AIUTO
- ☐ TOTALMENTE DIPENDENTE
- ☐ DISFAGIA
- ☐ DIETA FRULLATA O OMOGENEIZZATA
- ☐ NUTRIZIONE ENTERALE:
  - ○ SONDINO NASO - GASTRICO
  - ○ GASTROSTOMIA (PEG) / DIGIUNOSTOMIA
- ☐ NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE

Diabete mellito

- ☐ TRATTATO CON LA SOLA DIETA
- ☐ FARMACI ANTIDIABETICI ORALI
- ☐ INSULINOTERAPIA

Lesioni cutanee

☐ LESIONI DA DECUBITO SEDE:_____STADIO_____

☐ LESIONI VASCOLARI SEDE:_____ STADIO_____

Coma o stato vegetativo ☐

Sclerosi Laterale Amiotrofica ☐

Linguaggio

- ☐ NORMALE
- ☐ DISARTRIA
- ☐ AFASIA ☐ ESPRESSIVA ☐ DI COMPRENSIONE ☐ GLOBALE

Vista ed udito

- ☐ VEDE E SENTE BENE
- ☐ NON VEDE
- ☐ NON SENTE
- ☐ DEFICIT CORRETTO DA PROTESI E/O OCCHIALI IN USO

Igiene

- ☐ SI LAVA AUTONOMAMENTE
- ☐ NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE
- ☐ TOTALMENTE DIPENDENTE

Capacità di vestirsi / svestirsi

- ☐ SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE
- ☐ NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTIRSI
- ☐ TOTALMENTE DIPENDENTE

Mobilità

- ☐ SI MUOVE AUTONOMAMENTE
- ☐ SI MUOVE CON DEAMBULATORE
- ☐ IN CARROZZINA
- ☐ ALLETTATO

Cadute negli ultimi 3 mesi

- ☐ NESSUNA
- ☐ 1 – 3 VOLTE
- ☐ PIÙ DI TRE VOLTE

Terapia riabilitativa in corso	Assistenza respiratoria
☐ NESSUNA ☐ POST-ACUTA ☐ DI MANTENIMENTO	☐ OSSIGENO OCCASIONALMENTE ☐ OSSIGENOTERAPIA CON O2 GASSOSO ☐ OSSIGENOTERAPIA CON O2 LIQUIDO ☐ TRACHEOTOMIA ☐ VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA ☐ VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

Minzione e Evacuazione

☐ UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA ☐ CATETERISMO VESCICALE AD INTERMITTENZA ☐ CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA ☐ URETEROCUTANEOSTOMIA	☐ NEFROSTOMIA ☐ STIPSI (BISOGNO DI CLISTERI EVACUATIVI) ☐ ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA

Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore

☐ NESSUNO ☐ PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE O PER EVENTI RECENTI ☐ PERDITA DI MEMORIA SEVERA O NON RAMMENTA NULLA ☐ DISORIENTAMENTO NEL TEMPO ☐ DISORIENTAMENTO NELLO SPAZIO ☐ COMPLETA CONFUSIONE SENZA CAPACITÀ DI RELAZIONE CON L'ESTERNO ☐ PROBLEMI DI LINGUAGGIO E/O DEFICIT DI COMPRENSIONE ☐ FACILE IRRITABILITÀ ☐ CAMMINO INCESSANTE SENZA UN PRECISO SCOPO O AFFACCENDAMENTO ☐ URLA O LAMENTAZIONI O VOCALISMI RIPETITIVI ☐ DISTURBI DEL SONNO (EVENTUALE SPECIFICA)	☐ DISFORIA/EUFORIA E/O COMPORTAMENTI DISINIBITI ☐ DELIRI E ALLUCINAZIONI ☐ STATO ANSIOSO ☐ TONO DELL'UMORE DEFLESSO ☐ APATIA, RITIRO SOCIALE, PERDITA DI INTERESSI ☐ TENTATI SUICIDI ☐ ETILISMO ATTUALE ☐ ETILISMO PREGRESSO ☐ AGGRESSIVITÀ VERSO SÉ E/O VERSO ALTRI ☐ NEGLI ULTIMI 6 MESI, SONO STATI UTILIZZATI MEZZI DI PROTEZIONE/CONTENZIONE ☐ NEGLI ULTIMI 6 MESI, ABBANDONO DEL DOMICILIO/STRUTTURA DI RICOVERO, SENZA CAPACITÀ DI FARVI RITORNO ☐ ALTRO

Terapia dialitica

☐ DIALISI PERITONEALE	☐ DIALISI EXTRACORPOREA

☐ **Radioterapia**

☐ **Chemioterapia**

Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Allergie a farmaci

- ❑ NO
- ❑ SI quali? _____

Il soggetto è esente da malattie infettive e contagiose e può vivere in comunità? SI ❑ NO ❑

Eventuali note:_____

_____

_____

Timbro e firma del Medico **Telefono**

_____ _____