

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

Sg./ra \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria \_\_\_\_\_ Data compilazione \_\_\_\_\_

Esenzione \_\_\_\_\_

**Sez. 1 PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITÀ**

	1	2	3	4	5	Data
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	insorgenza
Patologie cardiache Specificare: _____						
Iperensione 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, sepsi 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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NESSUNO                          | <input type="checkbox"/> DISFAGIA                           |
| <input type="checkbox"/> STATO NUTRIZIONALE SODDISFACENTE | <input type="checkbox"/> DIETA FRULLATA O OMOGENIZZATA      |
| <input type="checkbox"/> OBESITÀ                          | <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ENTERALE                |
| <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE                    | <input type="checkbox"/> SONDINO NASO - GASTRICO            |
| <input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO                 | <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIA (PEG) / DIGIUNOSTOMIA |
| <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE        | <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE      |
| <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA CON AIUTO            |   |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE            |   |

### Diabete mellito

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TRATTATO CON LA SOLA DIETA  | <input type="checkbox"/> INSULINOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> FARMACI ANTIDIABETICI ORALI |  |

### Lesioni cutanee

- |  |            |              |
|--|------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> LESIONI DA DECUBITO | SEDE _____ | STADIO _____ |
| <input type="checkbox"/> LESIONI VASCOLARI   | SEDE _____ | STADIO _____ |

### Coma o stato vegetativo

### Sclerosi Laterale Amiotrofica

### Linguaggio

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> NORMALE                                    |
| <input type="checkbox"/> DISARTRIA                                  |
| <input type="checkbox"/> AFASIA <input type="checkbox"/> ESPRESSIVA |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DI COMPrensIONE   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GLOBALE           |

### Vista ed udito

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> VEDE E SENTE BENE                               |
| <input type="checkbox"/> NON VEDE  |
| <input type="checkbox"/> NON SENTE                                       |
| <input type="checkbox"/> DEFICIT CORRETTO DA PROTESI E/O OCCHIALI IN USO |

### Igiene

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> SI LAVA AUTONOMAMENTE                              |
| <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE                              |

### Capacità di vestirsi / svestirsi

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE             |
| <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTIRSI |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE                     |



<b>Mobilità</b>		<b>Cadute negli ultimi 3 mesi</b>	
<input type="checkbox"/> SI MUOVE AUTONOMAMENTE	<input type="checkbox"/> SI MUOVE CON DEAMBULATORE	<input type="checkbox"/> IN CARROZZINA	<input type="checkbox"/> ALLETTATO
<input type="checkbox"/> NESSUNA	<input type="checkbox"/> POST-ACUTA	<input type="checkbox"/> DI MANTENIMENTO	
<b>Terapia riabilitativa in corso</b>		<b>Assistenza respiratoria</b>	
<input type="checkbox"/> NESSUNA	<input type="checkbox"/> POST-ACUTA	<input type="checkbox"/> DI MANTENIMENTO	
<b>Minzione e Evacuazione</b>		<b>Assistenza respiratoria</b>	
<input type="checkbox"/> UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA	<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE AD INTERMITTENZA	<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA	<input type="checkbox"/> URETEROCUTANEOSTOMIA
<input type="checkbox"/> NEFROSTOMIA	<input type="checkbox"/> STIPS (BISOGNO DI CLISTERI EVACUATIVI)	<input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA/ COLONSTOMIA	
<b>Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore</b>			
<input type="checkbox"/> NESSUNO	<input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE O PER EVENTI RECENTI	<input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA SEVERA O NON RAMMENTA NULLA	<input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NEL TEMPO
<input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NELLO SPAZIO	<input type="checkbox"/> COMPLETA CONFUSIONE SENZA CAPACITÀ DI RELAZIONE CON L'ESTERNO	<input type="checkbox"/> PROBLEMI DI LINGUAGGIO E/ O DEFICIT DI COMPrensIONE	<input type="checkbox"/> FACILE IRRITABILITÀ
<input type="checkbox"/> CAMMINO INCESSANTE SENZA UN PRECISO SCOPO O AFFACCENDAMENTO	<input type="checkbox"/> URLA O LAMENTAZIONI O VOCALISMI RIPETITIVI	<input type="checkbox"/> DISTURBI DEL SONNO (EVENTUALE SPECIFICA)	
<input type="checkbox"/> DISFORIA/ EUFORIA E/ O COMPORTAMENTI DISINIBITI	<input type="checkbox"/> DELIRI E ALLUCINAZIONI	<input type="checkbox"/> STATO ANSIOSO	<input type="checkbox"/> TONO DELL'UMORE DEFLESSO
<input type="checkbox"/> APATIA, RITIRO SOCIALE, PERDITA DI INTERESSI	<input type="checkbox"/> TENTATI SUICIDI	<input type="checkbox"/> ETILISMO ATTUALE	<input type="checkbox"/> ETILISMO PREGRESSO
<input type="checkbox"/> AGGRESSIVITÀ VERSO SÉ E/ O VERSO ALTRI NEGLI ULTIMI 6 MESI, SONO STATI UTILIZZATI MEZZI DI PROTEZIONE/ CONTENZIONE	<input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, ABBANDONO DEL DOMICILIO/ STRUTTURA DI RICOVERO, SENZA CAPACITÀ DI FARMI RITORNO	<input type="checkbox"/> ALTRO	
<b>Terapia dialitica</b>			
<input type="checkbox"/> DIALISI PERITONEALE	<input type="checkbox"/> DIALISI EXTRACORPOREA		
<input type="checkbox"/> Radioterapia			
<input type="checkbox"/> Chemioterapia			



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

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

FO  
ST

Allergie a farmaci

NO

SÌ 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_