

**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	2	3	4	5	
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	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 ( <i>escluse le demenze</i> ) Specificare						
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici) Specificare						
Patologie psichiatrico-comportamentali( <i>incluse le demenze</i> ) 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 OMOGENEIZZATA |
| <input type="checkbox"/> OBESITÀ                          | <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ENTERALE:           |
| <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE                    | ○ SONDINO NASO - GASTRICO                               |
| <input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO                 | ○ 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"/> DI COMPrensIONE |
|                                    | <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                     |

### Mobilità

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> SI MUOVE AUTONOMAMENTE    |
| <input type="checkbox"/> SI MUOVE CON DEAMBULATORE |
| <input type="checkbox"/> IN CARROZZINA             |
| <input type="checkbox"/> ALLETTATO                 |

### Cadute negli ultimi 3 mesi

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> NESSUNA          |
| <input type="checkbox"/> 1 - 3 VOLTE      |
| <input type="checkbox"/> PIÙ DI TRE VOLTE |

**Terapia riabilitativa in corso**

- NESSUNA
- POST-ACUTA
- DI MANTENIMENTO

**Assistenza respiratoria**

- 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**

\_\_\_\_\_