



residenze sanitario - assistenziali

Allegato 3

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Spettabile

c.a. Direzione Sanitaria

Oggetto: Relazione Sanitaria

Trasmettiamo in allegato la relazione in oggetto riferita all'assistito

DATI DELL'ASSISTITO

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov. (| |)

Codice sanitario

- M
- F

Data



residenze sanitario - assistenziali

Allegato 3

LEGENDA
A: assente; L: lieve - trattamento facoltativo; prognosi eccellente; M: moderata - trattamento necessario; prognosi buona; G: grave; è invalidante - trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; MG: molto grave - trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA	GRAVITA'				
------	----------	--	--	--	--

(barrare la casella che interessa)

solo per la patologia più grave

PATOLOGIE CARDIACHE:	A	L	G	M	MG
----------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....
.....
.....

IPERTENSIONE (si valuta la severità):	A	L	G	M	MG
---------------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....
.....
.....

APPARATO VASCOLARE: (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	G	M	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....
.....
.....

APPARATO RESPIRATORIO:	A	L	G	M	MG
------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....
.....
.....

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe):	A	L	G	M	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....
.....
.....

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE: (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	G	M	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....



residenze sanitario - assistenziali

Allegato 3

.....
.....

APPARATO DIGERENTE INFERIORE: (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	A	L	G	M	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:
.....
.....
.....

FEGATO:	A	L	G	M	MG
---------	---	---	---	---	----

Diagnosi:
.....
.....
.....

RENE:	A	L	G	M	MG
-------	---	---	---	---	----

Diagnosi:
.....
.....
.....

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria):	A	L	G	M	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:
.....
.....
.....

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito):	A	L	G	M	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:
.....
.....
.....



residenze sanitario - assistenziali

Allegato 3

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza):	A	L	G	M	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....
.....
.....

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	A	L	G	M	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....
.....
.....

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) :	A	L	G	M	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....
.....
.....

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare se:
-------------	----	----	--------------------

Lesioni da decubito	<u>NO</u>	SI	Sede: Stadio:
---------------------	-----------	----	------------------

Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
---------	----	----	--

Insufficienza respiratoria	NO	SI	O2 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
----------------------------	----	----	--

Alimentazione artificiale	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
---------------------------	----	----	-------------------------------------



residenze sanitario - assistenziali

Allegato 3

Gestione incontinenza	NO	SI	Presidi assorbenti: Ano artificiale Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento	NO	SI	Bastone e/o deambulatore Carrozzina
Protesi	NO	SI	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
Disorientamento tempo/spazio	NO	SI	Note:
Vagabondaggio	NO	SI	Note:
Agitazione psico-motoria	NO	SI	Note:
Inversione ritmo sonno-veglia	NO	SI	Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
Allergie a farmaci	NO	SI	Specifica:
Allergie ad alimenti	NO	SI	Specifica:

TERAPIA IN ATTO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



residenze sanitario - assistenziali

Allegato 3

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE
--

1. Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici,). Elencare documentazione prodotta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Recapito telefonico del Medico _____

Firma e timbro del Medico



residenze sanitario - assistenziali

Allegato 3.A

RELAZIONE ASSISTENZIALE A CURA DI CHI ASSISTE LA PERSONA

Spettabile

c.a. Direzione Sanitaria

Oggetto: Relazione Sanitaria

Trasmettiamo in allegato la relazione in oggetto riferita all'assistito

DATI DELL'ASSISTITO

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov. (|)

- M
- F

Data

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- q Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico
- q Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona
- q Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento
- q Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia
- q È indipendente

Pagina 1 di 4



residenze sanitario - assistenziali

Allegato 3.A

DEAMBULAZIONE

- q Dipendenza rispetto alla locomozione
- q Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- q Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- q Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- q Cammina senza aiuto

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- q Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- q Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- q Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- q Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi
- q Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri

IGIENE PERSONALE

- q Incapace di provvedere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti
- q Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- q Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- q È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- q È capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi

ALIMENTAZIONE

- q Deve essere imboccato
- q Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- q Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
- q Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliare la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- q Totale indipendenza nel mangiare

Pagina 2 di 4



residenze sanitario - assistenziali

Allegato 3.A

CONFUSIONE

- q È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive
- q È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- q Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- q È in grado di pensare chiaramente

IRRITABILITÀ

- q Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- q Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- q Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- q Non mostra segni di irritabilità, è calmo

IRREQUIETEZZA

- q Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi
- q Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione
- q Mostra ogni tanto segni di irrequietezza
- q Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

ALTRE SEGNALAZIONI

- q Incontinenza:
 - q Assente
 - q Solo urinaria
 - q Solo fecale
 - q Doppia
- q Gestione incontinenza:
 - q Presidi assorbenti
 - q Ano artificiale
 - q Catetere

Pagina 3 di 4



residenze sanitario - assistenziali

Allegato 3.A

- q Ausili per il movimento:
- q Bastone/deambulatore
- q Carrozzina
- q Nessuno

Il compilatore:

Cognome

Nome

in qualità di

Data

Firma