
RELAZIONE SANITARIA (Redatta a cura del medico curante)

Sig. /ra _____ nato/a _____
il _____

Residente a: _____ ASL di appartenenza:

Cod. Fisc.

Parenti di riferimento:

Nome _____ grado di
parentela _____

Recapito _____ Tel.

Il paziente si trova attualmente:

Domicilio relativo indirizzo:

Ospedale relativo Istituto:

Motivo del ricovero:

Altro luogo relativo indirizzo:

Medico di riferimento:

BREVE ANAMNESI:

TERAPIE IN CORSO:

Esame obiettivo particolare
5=molto grave

Legenda: 1= assente 2=lieve 3=moderato 4=grave

Indicatore di comorbidità:

Codice diagnosi	Descrizione diagnosi	1	2	3	4	5
CARDIACA (Solo cuore)						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice diagnosi	Descrizione diagnosi	1	2	3	4	5
IPERTENSIONE						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice diagnosi	Descrizione diagnosi	1	2	3	4	5
VASCOLARI (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice diagnosi	Descrizione diagnosi	1	2	3	4	5
RESPIRATORIE (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice diagnosi	Descrizione diagnosi	1	2	3	4	5
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice diagnosi	Descrizione diagnosi	1	2	3	4	5
Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas ...)						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice diagnosi

Descrizione diagnosi

Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie)		1	2	3	4	5
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice diagnosi

Descrizione diagnosi

Epatiche (solo fegato)		1	2	3	4	5
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice diagnosi

Descrizione diagnosi

Renali (solo rene)		1	2	3	4	5
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice diagnosi

Descrizione diagnosi

Apparato genito -urinario (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)		1	2	3	4	5
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice diagnosi

Descrizione diagnosi

Sistema muscolo scheletrico Cute (muscoli, scheletro, tegumenti, piaghe)		1	2	3	4	5
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice diagnosi

Descrizione diagnosi

Sistema nervoso Centrale e periferico (non include la demenza)		1	2	3	4	5
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice diagnosi

Descrizione diagnosi

Endocrine - Metaboliche (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)		1	2	3	4	5
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice diagnosi

Descrizione diagnosi

Psichiatrico - comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazioni, psicosi)		1	2	3	4	5
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VILLA SAN CLEMENTE

Trasferimento letto sedia

Non è collaborante, è necessario l'intervento di 2 persone	<input type="checkbox"/>
Il PZ collabora ma è necessaria la completa assistenza di 1 persona	<input type="checkbox"/>
Per una o più fasi è necessario l'intervento di 1 persona	<input type="checkbox"/>
Occorre la presenza di una persona per infondere sicurezza	<input type="checkbox"/>
Il PZ è autonomo per i trasferimenti	<input type="checkbox"/>

Deambulazione

Completamente dipendente	<input type="checkbox"/>
E' necessaria la presenza costante di 1 persona	<input type="checkbox"/>
E' necessario l'aiuto per l'utilizzo di ausili	<input type="checkbox"/>
E' autonomo ma non percorre da solo almeno 50 metri	<input type="checkbox"/>
Il PZ è in grado di alzarsi e coricarsi e deambulare autonomamente	<input type="checkbox"/>



Igiene personale

Non è in grado di badare alla propria igiene personale	<input type="checkbox"/>
Va assistito in tutte le azioni per l'igiene	<input type="checkbox"/>
Va assistito in una o più fasi	<input type="checkbox"/>
Richiede un minimo di assistenza	<input type="checkbox"/>
Il PZ è autonomo per l'igiene personale	<input type="checkbox"/>

Uso della carrozzina

Il PZ è dipendente per la locomozione	<input type="checkbox"/>
Per muoversi in carrozzina necessita di assistenza	<input type="checkbox"/>
E' necessaria una persona per i movimenti più complessi	<input type="checkbox"/>
Percorre autonomamente percorsi pian	<input type="checkbox"/>
Il PZ è autonomo per la locomozione	<input type="checkbox"/>

Si prega di allegare copia di relazioni sanitarie ed esami pregressi

NOTE: _____

Alimentazione

Il PZ va imboccato ed è totalmente dipendente	<input type="checkbox"/>
Il PZ collabora ma è necessaria la completa assistenza di 1 persona	<input type="checkbox"/>
Si alimenta con supervisione	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto per tagliare ma si alimenta autonomamente	<input type="checkbox"/>
Il PZ è autonomo per l'alimentazione	<input type="checkbox"/>

VILLA SAN CLEMENTE

Quadro cognitivo	Completamente	Parziale	Leggera	Assente
Confusione – Orientamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilità – Aggressività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Incontinenza Urinaria	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> saltuaria	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> cateterizzata
Incontinenza Fecale	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> saltuaria	<input type="checkbox"/> completa	

Piaghe da decubito	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	sede e stadio	
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------	--

Etilismo	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
-----------------	-----------------------------	-----------------------------

DATA: _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO: _____

RISERVATO AL DIRETTORE SANITARIO RSA VILLA SAN CLEMENTE

DATA VALUTAZIONE:

ESITO:

FIRMA