

CASA DI RIPOSO DON ORIONE - PONTECURONE

Via Mazzini n.24, 15055 Pontecurone (AL)

Tel. 0131/887411 Fax 0131/887623

RELAZIONE SANITARIA

COGNOME E NOME RICHIEDENTE: _____ DATA DI NASCITA _____

PROVENIENTE DA: DOMICILIO OSPEDALE ALTRO:**ANAMNESI REMOTA**

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA E INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

 COLLABORANTE PARZIALMENTE COLLABORANTE NON COLLABORANTE

VISTA	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> IPOVISUS	UDITO	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> IPOACUSIA
PAROLA	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> DIFFICOLTOSA		<input type="checkbox"/> PROTESI ACUSTICA	

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE

LUCIDO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
SALTUARI EPISODI DI DISORIENTAMENTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DISORIENTATO NEL TEMPO E NELLO SPAZIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
TENDENZA AL VAGABONDAGGIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

ANSIOSO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DEPRESSO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
AGITAZIONE PSICOMOTORIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DEMENTIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PSICOSI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DEAMBULAZIONE

CAMMINA DA SOLO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CAMMINA CON AIUTO/AUSILIO	<input type="checkbox"/> SI specificare	<input type="checkbox"/> NO
E' IN CARROZZINA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' ALLETTATO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

STATO NUTRIZIONALE

STATO NUTRIZIONALE SODDISFACENTE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Obesità	<input type="checkbox"/> Sottopeso
----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------	------------------------------------

IGIENE PERSONALE

È IN GRADO DI LAVARSI DA SOLO SI NO

ALIMENTAZIONE

È IN GRADO DI ALIMENTARSI DA SOLO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DIETE SPECIALI	Specificare:	
DISFAGIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

INCONTINENZA

<input type="checkbox"/> ASSENTE	<input type="checkbox"/> PRESIDI ASSORBENTI
<input type="checkbox"/> URINARIA	<input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE
<input type="checkbox"/> FECALE	<input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE A PERMANENZA

LESIONI DA DECUBITO

NO SI specificare:

ALLERGIE A FARMACI NO SI specificare:

PATOLOGIE INFETTIVE NO SI specificare:

TERAPIE IN ATTO (farmaco- posologia):

SI CERTIFICA CHE IL/LA SIG./SIG.RA NON È AFFETTO/A DA MALATTIE INFETTIVE, CONTAGIOSE IN ATTO E NON PRESENTA TURBE PSICO-FISICHE CHE NON CONSENTANO LA VITA IN COMUNITÀ.

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE