

RELAZIONE SANITARIA DA PRESENTARE ALL'INGRESSO

SIG./SIG.RA _____

Nat__ a _____ (prov.)_____ il _____

Visita effettuata dal Dott. _____ il _____

Provenienza

- Domicilio
- Altra struttura
- Ospedale

- **ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA**

- **ANALISI PATOLOGICA PROSSIMA**

ESAME OBIETTIVO

Apparato cardiorespiratorio

- Pace Maker
- Respiro spontaneo
- Necessita di ossigeno NO SI L/min_____
- NIV/CPAP h/die_____

Apparato gastroenterico

Apparato genito-urinario

Apparato muscolare

Apparato osteoarticolare

Apparato endocrino

Occhi _____

Orecchie _____

Bocca e rinofaringe _____

P.A. _____ PESO Kg _____ ALTEZZA _____

ABITUDINI

Fumatore si no
Alcolici si no

VACCINAZIONI

Antipneumococcica si no data somministrazione_____

Antinfluenzale si no data somministrazione_____

Anti-Covid 19 n° dosi _____

Antizoster si no 1°dose-data somministrazione_____

2°dose-data somministrazione_____

Sede Fiscale

ALLERGIE e/o INTOLLERANZE

TERAPIA ATTUALE E POSOLOGIA

GRADO DI ORIENTAMENTO

- Completo
- Sufficiente solo in situazioni ambientali favorevoli
- Occasionale disorientamento nel tempo e nello spazio
- Disorientamento nel tempo
- Disorientamento nello spazio
- Totale disorientamento

STATO DELLA MEMORIA

- Normale
- Perdita della memoria recente
- Perdita della memoria recente e passata

COMUNICAZIONE E PENSIERO

- Pensiero strutturato ed espressione completamente preservata
- Espressione e comprensione di aspetti semplici
- Espressione dei bisogni primari ridotta abilità di comprensione e ragionamento
- Incapacità di comprendere ordini semplici ed indicare i propri bisogni, conserva minima abilità espressiva
- Totale incapacità di espressione e comprensione verbale ed ambientale

COLLABORAZIONE

- Attivamente collaborante
- Collabora passivamente
- Indifferente
- Rifiuta l'assistenza
- Aggressivo

IRREQUIETEZZA

- Assente
- Intermittente
- Solo in alcuni momenti del giorno e/o della notte
- Frequentemente durante la giornata
- Frequente durante la notte
- Costante
- Wandering
- Affaccendamento

MOBILITA'

- Autonomia totale in ogni condizione
- Autonomia con ausilio
- È in sedia a rotelle e si sposta in autonomia
- È in sedia a rotelle e NON si sposta in autonomia

DEAMBULAZIONE

Specifica sulla deambulazione se AUTONOMA

- Bastone
- Stampelle
- Girello

Specifica sulla deambulazione NON AUTONOMA

- Assistita da 1 operatore
- Assistita da 2 operatori

MOVIMENTAZIONE

- Riesce a fare passaggi posturali in autonomia
- Necessita di supervisione
- Necessita di 1 o più operatori
- Necessita di sollevatore

RIABILITAZIONE

- Non necessita di fisioterapia
- Necessita di fisioterapia (quale _____)
- Da concordare tra medico e staff della struttura

ALIMENTAZIONE

- Corretta, senza aiuto
- Autonoma ma con necessità di supervisione minima
- Necessita di aiuto
- Deve essere imboccato
- Disfagia di grado _____
 - Frullata-semisolida
 - Specifica
- Ha dieta specifica (allegare specifica per patologia)
- Sondino naso gastrico
- P.e.g.

CONTINENZA SFINTERICA

- Controllo totale degli sfinteri
- Occasionale incontinenza in condizioni critiche
- Contiene di giorno solo se è accompagnato periodicamente ai servizi
- Incontinenza urinaria
- Doppia incontinenza
- Fa uso di presidi di incontinenza
- Beneficia di fornitura ASL
- Portatore di catetere
- Alvo: Regolare
 Diarroico
 Stitico
 - Uso *saltuario* di lassativi
 - Uso *regolare* di lassativi
 - Uso *regolare* di clismi

PULIZIA PERSONALE

- Si lava e si fa il bagno senza aiuti
- Necessita di minimo aiuto per l'igiene quotidiana
- Necessita di aiuto per tutte le operazioni
- Totalmente dipendente

ABBIGLIAMENTO

- Corretto si veste da solo
- Imperfetto, ma adeguato con piccolo aiuto
- Adeguato, ma con aiuto per i capi di vestiario più complicati
- Possibile solo con aiuto costante
- Incapace di vestirsi e/o mantenere gli abiti

CUTE

- Non ha piaghe o escoriazioni
- Ha escoriazioni (dove _____)
- Ha ematomi (dove _____)
- Ha piaghe da decubito
(specificare dove, di che grado, trattamento attuale _____)

Luogo e data

Timbro e firma del medico

Provincia Religiosa di San Marziano di Don Orione
CASA DI RIPOSO "DON ORIONE"
Via Mazzini n.24, Pontecurone (AL)
Tel. 0131 887411 - 0131 887434

.....
Note Direttore Sanitario

Data

Firma