



residenze sanitario – assistenziali

RELAZIONE SANITARIA

Spettabile

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

| | | | | | | | | |

Data

Firma e timbro del Medico

ATTUALE SISTEMAZIONE

- q Domicilio
- q Istituto di riabilitazione
- q Ospedale
- q Altro

BREVE ANAMNESI

ESAME OBIETTIVO PARTICOLARE

Apparato cardiovascolare

Apparato respiratorio

Apparato digerente

Apparato urino-genitale

Apparato osteomuscolare

Malattie del ricambio

Malattie neurologiche e psichiche (in atto o pregresse)

Malattie infettive contagiose (in atto o pregresse)

TERAPIA IN CORSO

AUTONOMIA

Il paziente è autonomo nel:

Lavarsi

- q Sì
- q No
- q Con aiuto

Vestirsi

- Si
- No
- Con aiuto

Alimentarsi

- Si
- No
- Con aiuto

Utilizzare servizi igienici

- Si
- No
- Con aiuto

Deambulazione

- Buona
- Incerta
- Con appoggio
- Impossibile

In riabilitazione motoria

- Si
- No

Data inizio | | | |

Incontinenza urinaria

- Assente
- Saltuaria
- Completa
- Cateterizzata

Incontinenza fecale

- Assente
- Saltuaria
- Completa

Piaghe da decubito

- Si
 - No
- Stadio
-

Etilismo

- Si
- No

STATO PSICHICO ATTUALE

Orientamento nel tempo

q Si

q No

Orientamento nello spazio

q Si

q No

Malattie d'ordine psichico

q Si

q No

Ha subito ricoveri in reparti od Ospedali psichiatrici

q Si

q No

Presenta anomalie nel comportamento

q Si

q No

Soffre di sindrome ansiosa / depressiva

q Si

q No

E' in cura presso specialisti neuro psichiatrici o centri psico sociali

q Si

q No

Eventuali terapie in corso:

Visus:

Udito:

Alterazioni del Linguaggio:

Altre notizie utili:

Data

Firma e timbro del Medico
