

**M0901-2 Scheda relazione sanitaria****(da compilare a cura del Medico di Medicina Generale o da un Medico di Reparto)****Per l'ammissione alla "Residenza l'Annunziata"**

del \_\_\_ Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**(spazio riservato al Direttore Sanitario della Residenza "L'Annunziata")**Sulla base dello stato di salute dichiarato dal Medico di Medicina Generale / dalla relazione sanitaria  
- lettera di dimissione della struttura di provenienza e/o delle informazioni acquisite, l'ospite risulta:

- rientrare nelle competenze nosologiche della Residenza "L'Annunziata".
- respinto

Motivo: \_\_\_\_\_

Firma del Direttore Sanitario

Data \_\_\_\_\_

**M0901-2 Scheda relazione sanitaria**Attualmente si trova in:  Ospedale  Altro Istituto

Motivo \_\_\_\_\_

 Al domicilio:  vive  solo/a  con parenti  con badante**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA**

---

---

---

---

---

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

---

---

---

---

---

**INTERVENTI CHIRURGICI**

---

---

---

---

**DEFICIT SENSORIALI**

- Grave deficit visivo (anche con correzione)  
 Grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota \_\_\_\_\_

**DEAMBULAZIONE**

- Normale  
 Cammina con aiuto o assistenza  
 Presenta rischio di caduta  
 Costretto/a a letto, poltrona o carrozzina

Nota \_\_\_\_\_

**M0901-2 Scheda relazione sanitaria****INCONTINENZA** no    si   Urinaria    Saltuaria    PermanenteFecale    Saltuaria    Permanente Catetere vescicale   Tipo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Data ultimo cambio \_\_\_\_\_ Colostomia

Nota \_\_\_\_\_

**ALIMENTAZIONE** Autonoma Deve essere imboccato/a Presenta disfagia Presenza di PEG

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI MOTORI**

Paralisi / paresi di \_\_\_\_\_

Instabilità motoria    si    noDeficit equilibrio    si    noTendenza alle cadute    si    no

Nota \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE**Disturbi importanti della memoria    si    noOrientamento temporo/spaziale    normale    patologicoEpisodi di disorientamento t/s    si    noDisorientamento costante    si    noDisturbi della parola    si    noDisturbi della comunicazione    si    no

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO**Agitazione psico-motoria    costante    saltuariaAggressività    verbale    fisicaDeambulazione afinalistica    fughe    wandering Insonnia Inversione del ritmo sonno / veglia

**M0901-2 Scheda relazione sanitaria****TONO DELL'UMORE** Normale    Depresso    Euforico

Nota \_\_\_\_\_

**PRESENZA DI LESIONI CUTANEE DA DECUBITO** si    no

Sede e attuali medicazioni \_\_\_\_\_

**ALLERGIE E/O INTOLLERANZE A FARMACI E/O ALIMENTI**

---

---

---

**TRATTAMENTI FARMACOLOGICI IN ATTO**

---

---

---

---

---

---

---

---

**OSSERVAZIONI**

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma leggibile MMG / Medico Curante

\_\_\_\_\_