

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

Allegare referti recenti di:

- Tampone Naso Faringeo
- RX Torace
- Emocromo completo, VES, Interleukina 6, PCR

Data _____

Timbro e firma leggibile MMG / Medico Curante

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 Permanente
Fecale 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 no
Deficit equilibrio si no
Tendenza alle cadute si no
Sono presenti condizioni motorie che impediscono all'ospite di firmare si no
Nota _____

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

Disturbi importanti della memoria si no
Orientamento temporo/spaziale normale patologico
Episodi di disorientamento t/s si no
Disorientamento costante si no
Disturbi della parola si no
Disturbi della comunicazione si no
Nota _____

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Agitazione psico-motoria costante saltuaria
Aggressività verbale fisica
Deambulazione afinalistica fughe wandering
 Insonnia
 Inversione del ritmo sonno / veglia