

DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA – SCHEDA SANITARIA

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito.....

- M
- F

Data di nascita..... Data di compilazione.....

Legenda

A: assente; L: lieve-trattamento facoltativo; prognosi eccellente; M: moderata - trattamento necessario; prognosi buona; G: grave; è invalidante – trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; MG: molto grave – trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA	Gravità				
(barrare la casella che interessa come da legenda)					

PATOLOGIE CARDIACHE	solo per la patologia più grave				
	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
.....					

IPERTENSIONE (si valuta la severità)	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
.....					

APPARATO VASCOLARE (sangue,vasi,midollo,sistema linfatico)	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
.....					

APPARATO RESPIRATORIO	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
.....					

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe)	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
.....					

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

.....

APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

.....

FEGATO	A	L	M	G	MG
--------	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

.....

RENE	A	L	M	G	MG
------	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

.....

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO URINARIE (mammelle, uretri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare incont. urinaria)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

.....

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

.....

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

.....

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	A	L	M	G	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....

.....

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....

.....

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se si indicare:
--------------------	-----------	-----------	------------------------

Lesione da decubito	NO	SI	Sede: Stadio:
---------------------	----	----	------------------

Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea Frequenza settimanale dialisi:
---------	----	----	---

Insufficienza respiratoria	NO	SI	Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
----------------------------	----	----	--

Alimentazione artificiale	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
---------------------------	----	----	-------------------------------------

Gestione incontinenza	NO	SI	Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
-----------------------	----	----	--

Ausili per il movimento	NO	SI	Bastone e/o deambulatore Carrozzina
-------------------------	----	----	--

.....

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici,) Elencare documentazione prodotta:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Recapito telefonico del Medico

Firma del Medico

.....