



**RESIDENZIALITA' LEGGERA**  
**progetto di**  
**Ospitalità Temporanea**  
dgr 3239 - 04/04/12

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_

### Relazione sanitaria del medico curante

Grado di autonomia della persona

INDICI FUNZIONALI				
	Autonomo	Con supervisione	Con aiuto	Totale dipendenza
Trasferimenti letto /sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomozione su sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICI COGNITIVI				
	Assente	Lieve	Moderata	Grave
Confusione/orientamento spazio temporale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vagabondaggio afinalistico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allucinazioni (visive e/o uditive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività (verbale e/o fisica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inversione ritmo sonno/veglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>PROFILI DI GRAVITA'</b>		
<b>Lesioni cutanee</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
da pressione	<input type="checkbox"/> SI Sede .....	
vascolari	<input type="checkbox"/> SI Sede .....	
<b>Ausili per il movimento</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Bastone / deambulatore	<input type="checkbox"/> SI	
Carrozzina	<input type="checkbox"/> SI	
<b>Gestione incontinenza</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Pannolone / catetere esterno	<input type="checkbox"/> SI	
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> SI	
Ano artificiale	<input type="checkbox"/> SI	
<b>Stomia</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> specificare.....	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>Alimentazione artificiale</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
S.N.G. (sondino naso gastrico)	<input type="checkbox"/> SI	
P.E.G.	<input type="checkbox"/> SI	
<b>Insufficienza respiratoria</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Ossigeno al bisogno	<input type="checkbox"/> SI	
Ossigeno costante	<input type="checkbox"/> SI	
<b>Dialisi</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/> SI	
Dialisi extracorporea	<input type="checkbox"/> SI	
<b>Allergie Farmaci</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>Allergie Alimenti</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> .....	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>Patologie infettive / contagiose in atto</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> .....	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA e PROSSIMA**

---

---

---

---

**DIAGNOSI**

---

---

**TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO** (indicare farmaco e posologia)

---

---

---

---

---

**NOTE:**

---

---

<p><b>NOME E COGNOME DEL MEDICO</b> .....</p> <p><b>TELEFONO</b> .....</p> <p><b>E-mail</b> .....</p>
---

.....  
timbro e firma del medico

.....  
data di compilazione

**N.B.:** In caso di necessità il medico sarà contattato dal responsabile sanitario della struttura di accoglienza.