

FONDAZIONE PENSIONATO SANNAZZARESE ONLUS

*Sannazzaro de' Burgondi*

**ALLOGGI PROTETTI VIA INCISA 7**

**RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

M

F

**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	GRAVITA'
(barrare la casella che interessa)	(solo per la patologia più grave)

PATOLOGIE CARDIACHE	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, stomaco, 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, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria)	A	L	M	G	MG
Diagnosi: _____					

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

Diagnosi: \_\_\_\_\_

<b>PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO</b> (non include la demenza)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_

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

Diagnosi: \_\_\_\_\_

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

Diagnosi: \_\_\_\_\_

### ALTRI PROBLEMI CLINICI

<b>Descrizione</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Se SI indicare se:</b>
--------------------	-----------	-----------	---------------------------

<b>Lesioni da decubito</b>	NO	SI	Sede: Stadio:
----------------------------	----	----	------------------

<b>Dialisi</b>	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
----------------	----	----	--

<b>Insufficienza respiratoria</b>	NO	SI	O2 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
-----------------------------------	----	----	--

<b>Alimentazione artificiale</b>	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
----------------------------------	----	----	-------------------------------------

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

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

<b>Protesi</b>	NO	SI	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
----------------	----	----	--

<b>Disorientamento tempo/spazio</b>	NO	SI	Note:
-------------------------------------	----	----	-------

<b>Vagabondaggio</b>	NO	SI	Note:
----------------------	----	----	-------

<b>Agitazione psico-motoria</b>	NO	SI	Note:
---------------------------------	----	----	-------

<b>Inversione ritmo sonno-veglia</b>	NO	SI	Note:
--------------------------------------	----	----	-------

<b>Stato nutrizionale insoddisfacente</b>	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
---	----	----	------------------------

<b>Allergie a farmaci</b>	NO	SI	Specifica:
---------------------------	----	----	------------

<b>Allergie ad alimenti</b>	NO	SI	Specifica:
-----------------------------	----	----	------------

**Interventi programmati**       **no**       **sì**

Necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.

**Stato nutrizionale**       **nella norma**       **variazioni ponderali negli ultimi sei mesi**

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Giudizio sulla stabilità clinica**

**stabile** nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli >60 gg.

**moderatamente stabile** con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 gg.

**moderatamente instabile** con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana

**instabile** con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano

**acuzie** con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

**TERAPIA IN ATTO con posologia ed orari**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Io sottoscritto **medico di medicina generale Dr.** \_\_\_\_\_ del sig./sig.ra \_\_\_\_\_ dichiara che la persona versa in condizione di autosufficienza.

Data \_\_\_\_\_

Recapito telefonico del Medico \_\_\_\_\_

**Firma del Medico** \_\_\_\_\_