



Azienda di Servizi alla Persona (A.S.P.)

## **“GOLGI – REDAELLI”**

(già Amministrazione delle II.PP.A.B. di Milano)

ISTITUTO GERIATRICO “C. GOLGI”

Piazza C. Golgi, 1 – 20081 Abbiategrasso  
tel. 02.94.85.21, fax 02.94.96.47.72

.....

Egregio Collega,  
la nostra Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) accetta anziani totalmente non autosufficienti, che abbisognano di prestazioni Sanitarie, Assistenziali e Riabilitative continue e non realizzabili a domicilio.

La scheda che Le presentiamo e che Le chiediamo di compilare in tutte le sue parti disegna il profilo clinico, funzionale e psico-comportamentale dell'utente. Questo strumento è importante per noi per farci capire se i servizi e l'organizzazione del nostro Istituto sono idonei a soddisfare i bisogni di chi si propone per il ricovero. Inoltre ci dà la possibilità di valutare, tenendo conto anche della scheda sociale, se la procedura da seguire per il ricovero è di routine oppure a carattere prioritario.

Grati per la collaborazione e disponibili per qualunque chiarimento, Le porgiamo i saluti più cordiali.

Le Direzioni



Azienda di Servizi alla Persona (A.S.P.)

**“GOLGI- REDAELLI”**

(già Amministrazione delle II.PP.A.B. di Milano)

ISTITUTO GERIATRICO “C. GOLGI”

Piazza C. Golgi, 1 – 20081 Abbiategrasso

tel. 02.94.85.21, fax 02.94.96.47.72

## **RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE**

**Cognome-Nome** \_\_\_\_\_ **1 M 2 F**

**Data di nascita** \_\_\_\_\_ **Data di compilazione** \_\_\_\_\_

**Anamnesi Patologica Remota e Prossima, indicare la data, anche approssimata della diagnosi o dell'evento clinico, indicando anche l'evento principale che ha determinato la disabilità**

**1 Cardiovascolare**

---

**2 Neurologico**

---

**3 Nefro-urologico**

---

**4 Osteoarticolare**

---

**5 Metabolico**

---

**6 Respiratorio**

---

**7 Digerente e vie biliari**

---

**8 Ematologico**

---

**9 Oncologico**

---

**10 Chirurgico**

---

**11 Altro**

---

<b>Altri problemi clinici</b>			
1	Nessuno	<b>Medicazioni</b>	
2	Tracheostomia	14 Lesioni da decubito	1si 2no
3	Trattamento emodialitico	15 Lesioni da decubito	3si 4no
4	Trattamento dialitico peritoneale	Multiple	
5	Ossigeno terapia con O2 liquido	<i>Stadiazione decubiti (il più grave)</i>	
6	Ossigeno terapia con O2 gassoso	16 Superficiale	5
7	Ventilazione polmonare assistita	17 Limitato al sottocutaneo	6
8	Coma o stato neurovegetativo	18 Profondo	7
9	Radioterapia	<i>Altre medicazioni (specificare)</i>	
10	Chemioterapia	8si	9no
11	Porta Catetere vescicale		
12	Portatore di Ano Praeternaturale		
13	Altro _____		
	_____		

**PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE CON  
L'ALIMENTAZIONE**

1	Rifiuto del cibo
2	Abbisogna di cibi frullati o omogeneizzati.
3	Nutrizione enterale per PEG
4	Nutrizione enterale per sondino
5	Nutrizione parenterale totale
6	Disfagia
7	<b>Stato nutrizionale soddisfacente</b>
8	<i>Obesità</i>
9	<i>Malnutrizione</i>

### Valutazione della stabilità clinica del paziente

<b>1 STABILE:</b> con monitoraggio medico-infermieristico programmabile di routine da circa mensile a più
<b>2 MODERATAMENTE STABILE:</b> con monitoraggio medico-infermieristico e strumentale programmabile più volte al mese, meno di una volta alla settimana.
<b>3 MODERATAMENTE INSTABILE:</b> con monitoraggio medico-infermieristico e strumentale programmabile da una a più volte alla settimana.
<b>4 INSTABILE:</b> con monitoraggio medico-infermieristico e strumentale da quotidiano a pluriquotidiano.

### Vista ed Udito

1 Normale.	4 Grave deficit uditivo non correggibile.
2 Deficit corretto da protesi e/o occhiali in uso	5 Cecità completa
3 Grave deficit visivo non correggibile.	6 Sordità completa

### Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
11.	12.

**Allergie a farmaci    1 no    2 si , quali**

---

---

---

---

**Disturbi Comportamentali e problemi psichiatrici**

1 Nessuno	13 In cura presso Servizi Psichiatrici
2 Ansia	14 Tentati suicidi
3 Depressione	15 Etilismo attuale
4 Deliri (di persecuzione, di gelosia, ecc)	16 Etilismo pregresso
5 Allucinazioni	
6 Agitazione psico-motoria notturna	
7 Agitazione psico-motoria diurna	
8 Vagabondaggio	
9 Inversione ritmo sonno-veglia	
10 Auto etero-aggressività	
11 Urla o lamentazioni o vocalismi ripetitivi	
12 Rifiuto dell'assistenza nelle attività della vita quotidiana	

**Timbro e Firma del Medico**

**Telefono**

-----  
-----

-----