



Azienda di Servizi alla Persona (A.S.P.)  
"GOLGI - REDAELLI"

ISTITUTO GERIATRICO  
"P. REDAELLI"  
Via Bartolomeo d'Alviano, 78 - 20146  
Milano  
tel. 02.413151, fax 02.4120871

## RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

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

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

Indica la PATOLOGIA presente, segnalando la patologia principale responsabile della disabilità

|   |
|---|
| 1. Cardiaca (solo cuore)  |
|   |
| 2. Ipertensione (valuta la severità; gli organi coinvolti da considerare separatamente) |
|   |
| 3. Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)                                 |
|   |
|   |
| 4. Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)                            |
|   |
|   |
| 5. O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)                                   |
|   |
| 6. Apparato G.I. Sup. (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)             |
|   |
| 7. Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie)   |
|   |
| 8. Epatiche (solo fegato)   |
|   |
| 9. Renali (solo rene)   |
|   |

|  |          |       |             |
|--|----------|-------|-------------|
| 10. Altre Patologie Genito - Urinarie (ureteri, vescica, prostata, genitali) |          |       |             |
|  |          |       |             |
| 11. Sistema Muscolo - Scheletrico - Cute                                     |          |       |             |
|  |          |       |             |
| 12. Sistema Nervoso Centrale e Periferico (no demenza)                       |          |       |             |
|  |          |       |             |
| 13. Endocrine - Metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)      |          |       |             |
|  |          |       |             |
| 14. Psichiatrico – comportamentali (demenza, depressione, ansia, psicosi)    |          |       |             |
| Psicosi:   |          |       |             |
| Demenza:   | moderata | grave | molto grave |
| Depressione:   | moderata | grave | molto grave |
| Ansia:   | moderata | grave | molto grave |
| Altro:   |          |       |             |

### Altri problemi clinici

| Nessuno<br>Tracheostomia<br>Trattamento emodialitico<br>Trattamento dialitico peritoneale<br>Ossigeno terapia con O2 liquido<br>Ossigeno terapia con O2 gassoso<br>Ventilazione polmonare assistita<br>Coma o stato vegetativo<br>Radioterapia<br>Chemioterapia<br>Porta Catetere vescicale<br>Portatore di Ano Praeternaturale<br>Altro _____<br>_____ | Medicazioni                    |       |
|---|--------------------------------|-------|
|   | Lesioni da decubito            | si no |
|   | Lesioni da decubito Multiple   | si no |
|   | Negli ultimi sei mesi è caduto |       |
|   | E' caduto 1-3 volte            | si no |
|   | E' caduto più di 3 volte       | si no |

### PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE CON L'ALIMENTAZIONE

|    |   |
|----|---|
| 1  | Nessuno                                     |
| 2  | Rifiuto del cibo                            |
| 3  | Abbisogna di cibi frullati o omogeneizzati. |
| 4  | Nutrizione enterale per PEG                 |
| 5  | Nutrizione enterale per sondino             |
| 6  | Nutrizione parenterale totale               |
| 7  | Disfagia                                    |
| 8  | <i>Stato nutrizionale soddisfacente</i>     |
| 9  | <i>Obesità</i>                              |
| 10 | <i>Malnutrizione</i>                        |

**La persona ha una condizione clinica che richiede**

|  |
|--|
| monitoraggio medico-infermieristico programmabile di routine da circa mensile a più                                  |
| monitoraggio medico-infermieristico e strumentale programmabile più volte al mese, meno di una volta alla settimana. |
| monitoraggio medico-infermieristico e strumentale programmabile da una a più volte alla settimana.                   |
| monitoraggio medico-infermieristico e strumentale da quotidiano a pluriquotidiano.                                   |

**Vista ed Udito**

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Vede e sente bene<br>Deficit corretto da protesi e/o occhiali in uso | Non vede<br>Non sente |
|--|-----------------------|

**Terapia riabilitativa in corso 1 no 2 si**

**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**

---

---

---

## La persona ha:

### Confusione?

- 6 È' completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata
- 4 È' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- 2 Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- 0 È' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente

### Irritabilità?

- 6 Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- 4 Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità, che non sempre è in grado di controllare
- 2 Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- 0 Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

### Irrequietezza?

- 6 Cammina avanti e indietro incessantemente, senza fermarsi, ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo.
- 4 Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente; si alza in piedi (o tenta di alzarsi in piedi) durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano
- 2 Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti.
- 0 Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

## Disturbi Cognitivi, Comportamentali, dell'Umore e problemi psichiatrici

|   |   |
|---|---|
| Nessuno                                   | Urla o lamentazioni o vocalismi ripetitivi  |
| Deliri (di persecuzione, di gelosia, ecc) | Negli ultimi 6 mesi, sono stati utilizzati mezzi di protezione/contenzione fisica |
| Allucinazioni                             | In cura presso Servizi Psichiatrici   |
| Agitazione psico-motoria notturna         | Tentati suicidi   |
| Vagabondaggio o si perde fuori casa       | Etilismo attuale  |
| Inversione ritmo sonno-veglia             | Etilismo pregresso  |
| Aggressiva verso sé e/o verso altri       |   |
| Altro                                     |   |

**Firma del Medico**

**Telefono**