



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

ISTITUTO GERIATRICO
"P. REDAELLI"
Via Leopardi, 3
20090 Vimodrone (MI)
tel. 02.250.321 - fax 02.250.17.03

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome _____ **M** **F**

Data di nascita _____ **Data di compilazione** _____

Indica la **PATOLOGIA** principale responsabile della disabilità:

Indica la data, anche approssimativa, della diagnosi o dell'evento clinico principale responsabile della disabilità

Indica le eventuali patologie concomitanti (comorbilità):

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: <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> molto grave
Depressione: <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> molto grave
Ansia: <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> molto grave
Altro:

Altri problemi clinici

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

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE CON L'ALIMENTAZIONE

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

Vista ed Udito

VISTA	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> ipovisus	<input type="checkbox"/> cecità	<input type="checkbox"/> occhiali
UDITO	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> ipocusia	<input type="checkbox"/> sordità	<input type="checkbox"/> protesi

Terapia riabilitativa

E' necessaria prosecuzione fisiochinesiterapia individuale: si (allegare PRI) no

Ausili per il movimento

<input type="checkbox"/> bastone	<input type="checkbox"/> walker	<input type="checkbox"/> carrozzina	<input type="checkbox"/> arto artificiale
----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------------

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

Nome commerciale farmaco	Posologia

Allergie a farmaci: no 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

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

Firma e Timbro del Medico

Telefono