

## RELAZIONE SANITARIA DA PRESENTARE ALL'INGRESSO

SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov.)\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Visita effettuata dal Dott. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### Provenienza

- Domicilio
- Altra struttura
- Ospedale

- **ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA**

---

---

---

---

---

---

- **ANALISI PATOLOGICA PROSSIMA**

---

---

---

---

---

**ESAME OBIETTIVO**

*Apparato cardiorespiratorio*

---

- Pace Maker
- Respiro spontaneo
- Necessita di ossigeno NO  SI  L/min \_\_\_\_\_
- NIV/CPAP h/die \_\_\_\_\_

*Apparato gastroenterico*

---

*Apparato genito-urinario*

---

*Apparato muscolare*

---

*Apparato osteoarticolare*

---

*Apparato endocrino*

---

Occhi \_\_\_\_\_

Orecchie \_\_\_\_\_

Bocca e rinofaringe \_\_\_\_\_

P.A. \_\_\_\_\_ PESO Kg \_\_\_\_\_ ALTEZZA \_\_\_\_\_

**ABITUDINI**

Fumatore si no  
Alcolici si no

**VACCINAZIONI**

Antipneumococcica si no data somministrazione \_\_\_\_\_

Antinfluenzale si no data somministrazione \_\_\_\_\_

Anti-Covid 19 n° dosi \_\_\_\_\_

Antizoster si no 1°dose-data somministrazione \_\_\_\_\_

2°dose-data somministrazione \_\_\_\_\_

*Sede Fiscale*

**ALLERGIE e/o INTOLLERANZE**

---

**TERAPIA ATTUALE E POSOLOGIA**

---

---

---

---

---

---

---

**GRADO DI ORIENTAMENTO**

- Completo
- Sufficiente solo in situazioni ambientali favorevoli
- Occasionale disorientamento nel tempo e nello spazio
- Disorientamento nel tempo
- Disorientamento nello spazio
- Totale disorientamento

**STATO DELLA MEMORIA**

- Normale
- Perdita della memoria recente
- Perdita della memoria recente e passata

**COMUNICAZIONE E PENSIERO**

- Pensiero strutturato ed espressione completamente preservata
- Espressione e comprensione di aspetti semplici
- Espressione dei bisogni primari ridotta abilità di comprensione e ragionamento
- Incapacità di comprendere ordini semplici ed indicare i propri bisogni, conserva minima abilità espressiva
- Totale incapacità di espressione e comprensione verbale ed ambientale

**COLLABORAZIONE**

- Attivamente collaborante
- Collabora passivamente
- Indifferente
- Rifiuta l'assistenza
- Aggressivo

### IRREQUIETEZZA

- Assente
- Intermittente
- Solo in alcuni momenti del giorno e/o della notte
- Frequentemente durante la giornata
- Frequente durante la notte
- Costante
- Wandering
- Affaccendamento

### MOBILITA'

- Autonomia totale in ogni condizione
- Autonomia con ausilio
- È in sedia a rotelle e si sposta in autonomia
- È in sedia a rotelle e NON si sposta in autonomia

### DEAMBULAZIONE

Specifica sulla deambulazione se AUTONOMA

- Bastone
- Stampelle
- Girello

Specifica sulla deambulazione NON AUTONOMA

- Assistita da 1 operatore
- Assistita da 2 operatori

### MOVIMENTAZIONE

- Riesce a fare passaggi posturali in autonomia
- Necessita di supervisione
- Necessita di 1 o più operatori
- Necessita di sollevatore

### RIABILITAZIONE

- Non necessita di fisioterapia
- Necessita di fisioterapia (quale \_\_\_\_\_)
- Da concordare tra medico e staff della struttura

### ALIMENTAZIONE

- Corretta, senza aiuto
- Autonoma ma con necessità di supervisione minima
- Necessita di aiuto
- Deve essere imboccato
- Disfagia di grado \_\_\_\_\_
  - Frullata-semisolida
  - Specifica
- Ha dieta specifica (allegare specifica per patologia)
- Sondino naso gastrico
- P.e.g.

**CONTINENZA SFINTERICA**

- Controllo totale degli sfinteri
- Occasionale incontinenza in condizioni critiche
- Contiene di giorno solo se è accompagnato periodicamente ai servizi
- Incontinenza urinaria
- Doppia incontinenza
- Fa uso di presidi di incontinenza
- Beneficia di fornitura ASL
- Portatore di catetere
- Alvo:  Regolare  
 Diarroico  
 Stitico
  - Uso *saltuario* di lassativi
  - Uso *regolare* di lassativi
  - Uso *regolare* di clismi

**PULIZIA PERSONALE**

- Si lava e si fa il bagno senza aiuti
- Necessita di minimo aiuto per l'igiene quotidiana
- Necessita di aiuto per tutte le operazioni
- Totalmente dipendente

**ABBIGLIAMENTO**

- Corretto si veste da solo
- Imperfetto, ma adeguato con piccolo aiuto
- Adeguato, ma con aiuto per i capi di vestiario più complicati
- Possibile solo con aiuto costante
- Incapace di vestirsi e/o mantenere gli abiti

**CUTE**

- Non ha piaghe o escoriazioni
- Ha escoriazioni (dove \_\_\_\_\_)
- Ha ematomi (dove \_\_\_\_\_)
- Ha piaghe da decubito  
(specificare dove, di che grado, trattamento attuale \_\_\_\_\_)

Luogo e data

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Provincia Religiosa di San Marziano di Don Orione  
CASA DI RIPOSO "DON ORIONE"  
Via Mazzini n.24, Pontecurone (AL)  
Tel. 0131 887411 - 0131 887434

.....  
Note Direttore Sanitario

Data

Firma