

**OPERA CHARITAS S. ANNA**

27026 Garlasco (PV) - tel. 0382 825911 - fax 0382 810185

opera.charitas@libero.it - operacharitas@pec.it

Data _____

Relazione sanitaria a cura del medico curante

Cognome Nome _____

 M F

Data di nascita _____

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	GRAVITÀ				
------	---------	--	--	--	--

Barrare la casella che interessa come da legenda

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/URL (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 incontinenza urinaria)

A	L	M	G	MG
---	---	---	---	----

Diagnosi _____

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE
(segnalare anche le ulcere da decubito)

A	L	M	G	MG
---	---	---	---	----

Diagnosi _____

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non includere la demenza)

A	L	M	G	MG
---	---	---	---	----

Diagnosi _____

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO
(diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)

A	L	M	G	MG
---	---	---	---	----

Diagnosi _____

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE
(demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

A	L	M	G	MG
---	---	---	---	----

Diagnosi _____

ALTRI PROBLEMI CLINICI

DESCRIZIONE	NO	SÌ	SE SÌ INDICARE:
LESIONI DA DECUBITO			Sede:
			Stadio:
DIALISI			Dialisi peritoneale:
			Dialisi extracorporea:
			Frequenza settimanale dialisi:
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA			Ossigenoterapia:
			Ventilatore:
			Durata orario ossigenoterapia:
ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE			SGN:
			PEG:
			Parenterale totale:
GESTIONE INCONTINENZA			Presidi assorbenti:
			Ano artificiale:
			Catetere vescicale:
			Tipo catetere:
AUSILI PER IL MOVIMENTO			Bastone e/o deambulatore:
			Carrozzina:
PROTESI			Dentale:
			Acustica:
			Occhiali:
			Altro:
DISORIENTAMENTO TEMPO/SPAZIO			Note:
VAGABONDAGGIO			Note:
AGITAZIONE PSICO-MOTORIA			Note:
INVERSIONE RITMO SONNO-VEGLIA			Note:
STATO NUTRIZIONALE INSODDISFACENTE			Obesità:
			Sottopeso:
ALLERGIE A FARMACI			Note:
ALLERGIE AD ALIMENTI			Note:

TERAPIA IN ATTO

FARMACO	H	H	H	H	H	H

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale visite specialistiche, esami ematici, ...). Elencare documentazione prodotta:

Recapito telefonico del Medico _____

Firma del Medico _____

RISERVATO AL MEDICO DI STRUTTURA

	Accettazione		Classe SOSIA presunta	Data	Firma
	SI	NO			
OPERA CHARITAS S.ANNA					

Annotazioni: _____
