

**SCHEDA SANITARIA**

**RELAZIONE SANITARIA  
A CURA DEL MEDICO CURANTE**

**Cognome Nome assistito** \_\_\_\_\_

**M**

**F**

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

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

**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**

(barrare la casella che interessa)

**GRAVITA'**

(solo per la patologia più grave)

**PATOLOGIE CARDIACHE**

<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

**IPERTENSIONE (si valuta la severità)**

<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

**APPARATO VASCOLARE**

(sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)

<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

**APPARATO RESPIRATORIO**

<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

**OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe)**

<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

**APPARATO DIGERENTE SUPERIORE**

(esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)

<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

**APPARATO DIGERENTE INFERIORE**

(intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)

<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

**FEGATO**

<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

**RENE**

<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

**SCHEMA SANITARIA**

<b>APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE</b> (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE</b> (segnalare anche le ulcere da decubito)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO</b> (non include la demenza)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO</b> (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE</b> (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

**ALTRI PROBLEMI CLINICI**

<b>Descrizione</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Se SI indicare se:</b>
--------------------	-----------	-----------	---------------------------

<b>Lesioni da decubito</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	Sede: Stadio:
----------------------------	-----------	-----------	------------------

<b>Dialisi</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
----------------	-----------	-----------	--

<b>Insufficienza respiratoria</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	O <sub>2</sub> terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
-----------------------------------	-----------	-----------	--

<b>Alimentazione artificiale</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	SNG: PEG: Parenterale totale:
----------------------------------	-----------	-----------	-------------------------------------

<b>Gestione incontinenza</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
------------------------------	-----------	-----------	--

