

RELAZIONE SANITARIA

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	GRAVITA'				
(barrare la casella che interessa)	(solo per la patologia più grave)				

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/ORL (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;	A	L	M	G	MG

RELAZIONE SANITARIA

segnalare anche incontinenza urinaria)					
--	--	--	--	--	--

Diagnosi:

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

Diagnosi:

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include 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	SI	Se SI indicare se:
-------------	----	----	--------------------

Lesioni da decubito	NO	SI	Sede: Stadio:
----------------------------	----	----	------------------

Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
----------------	----	----	--

Insufficienza respiratoria	NO	SI	O2 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
-----------------------------------	----	----	--

Alimentazione artificiale	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
----------------------------------	----	----	-------------------------------------

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

Ausili per il movimento	NO	SI	Bastone e/o deambulatore Carrozzina
--------------------------------	----	----	--

Protesi	NO	SI	Dentale: Acustica:
----------------	----	----	-----------------------

