

RELAZIONE SANITARIA per inserimento in:
CURE DOMICILIARI INTEGRATE
R.S.A. (RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE)
COMUNITA' INTEGRATA
CENTRI DI RIABILITAZIONE GLOBALE DELLA RETE TERRITORIALE
PROGRAMMA "RITORNARE A CASA"

IL Sig./La Sign.ra _____ nato a _____

il ___/___/_____ residente in _____ Via _____

① Autosufficiente

② Parzialmente autosufficiente

③ A rischio di perdere l'autosufficienza

④ Non autosufficiente

Patologie pregresse:

Patologie in atto:

Condizioni psichiche/ Reattività emotiva:

Confusione e disorientamento

Depressione

Ansia

Fasi di agitazione psicomotoria

Episodi di aggressività

Allettato:

NO SI: da quanto tempo _____

Piaghe da decubito:

assenti presenti: sede _____

Terapia in atto:

Attualmente il paziente si trova:

al proprio domicilio:

vive da solo

SI NO se NO specificare con chi: _____

supporto familiare

Adeguito

Inadeguato

Problematiche che ostacolano adeguata assistenza al domicilio _____

Ospedale/ Clinica (spec.) _____

Altra Struttura (spec.) _____

Data _____

Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale

N.B. le visite domiciliari verranno effettuate se il medico proponente attesta i motivi sanitari di impossibilità a presentarsi nella sede della visita, perché lo spostamento del paziente sarebbe di pregiudizio per la sua salute.