

RELAZIONE SANITARIA per inserimento in R.S.A./C.D.I.

Sig./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:

_____ supporto familiare Adeguato Inadeguato

Ospedale/ Clinica _____ Altra Struttura _____

Problematiche che ostacolano adeguata assistenza al domicilio _____

obiettivi dell'inserimento in R.S.A./C.D.I _____

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.