

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

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

Adeguate

Inadeguate

Problematiche che ostacolano adeguata assistenza al domicilio \_\_\_\_\_

Ospedale/ Clinica (spec.) \_\_\_\_\_

Altra Struttura (spec.) \_\_\_\_\_

**Obiettivi dell'inserimento in R.S.A./C.D.I.:**

① Osservazione medico-infermieristica dopo risoluzione evento acuto grave senza accertamenti e con terapia stabilizzata

② In attesa di adeguamento delle condizioni familiari in relazione a mutate condizioni psico-fisiche

③ Sollievo, per breve periodo, alla famiglia di soggetto anziano e/o disabile

④ Soggetto non più assistibile a domicilio per pluralità di motivazioni di ordine sanitario e sociale

⑤ Altro \_\_\_\_\_

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.