

RELAZIONE SANITARIA REDATTA DAL MEDICO CURANTE

Sig.
nato/a il a prov.
Cenni sull'anamnesi e sulle condizioni cliniche

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Patologie aggiuntive

.....
.....
.....

Diagnosi

.....
.....
.....

Ricoveri ospedalieri negli ultimi 3 anni

.....
.....
.....
.....

Interventi chirurgici *o si* *o no*
se si indicare quali

.....
.....
.....

Allergie

.....
.....
.....

Periodi di coma o si o no

se SI specificare durata

Tossicomania, tossicofilia (compreso alcolismo) o si o no

Condizioni generali o buone o discrete o scadenti

Demenza o si o no

Stato della coscienza o vigile o confuso

affezioni cardiovascolari

no

pregresse.....

in atto

malattie endocrine

no

pregresse

in atto.....

malattie del sistema nervoso centrale

no

pregresse

in atto

malattie apparato gastro enterico

no

pregresse

in atto

turbe psichiche

no

pregresse

in atto

disturbi del comportamento

si quali
(vagabondaggio, ansia, agitazione/aggressività, deliri, allucinazioni,
depressione, apatia/indifferenza, disinibizione, irritabilità, disturbi
dell'appetito e della alimentazione, disturbi del sonno)
no

malattie del sangue

no
pregresse
in atto

malattie apparato urogenitale

no
pregresse
in atto

malattie a carico dell'apparato locomotore, limitazioni articolari

no
pregresse
in atto
mobilità volontaria
.....
.....

Cadute ultimi 6 mesi o SI o NO n. cadute
Osservazioni circa la mobilità
.....
.....

malattie dermatologiche

no
pregresse
in atto

trofismo cutaneo (indicare la presenza di piaghe da decubito e/o lesioni cutanee, precisando sede e estensione)

.....
.....
.....

difficoltà e/o malattie respiratorie o SI o NO

se SI quali

necessità di ossigeno terapia o SI o NO

diabete o SI o NO

se SI specificare se seguito da un centro specializzato

.....

Incontinenza urinaria o SI o NO

Catetere o SI o NO

Incontinenza fecale o SI o NO

Contenzione o assente o saltuaria o completa

Terapia in corso

.....
.....
.....
.....

Si certifica che ... I ... Sig./Sig.ra

.....

nat a il non è affett
da malattie infettive e/o contagiose in atto e non presenta turbe psico-fisiche tali
che non consentano la vita in comunità.

Il Medico curante

.....

(data) (timbro e firma del medico curante)