

# Relazione medica

DEL/LA SIG./RA \_\_\_\_\_

A CURA DEL MEDICO DI BASE	Nome e Cognome:	
	Indirizzo studio medico:	
	Recapito telefonico:	
	Mail:	

## L'INTERESSATO ATTUALMENTE E' PRESSO:

<input type="checkbox"/> abitazione	<input type="checkbox"/> casa di riposo	<input type="checkbox"/> residenza protetta	<input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> lungodegenza	<input type="checkbox"/> struttura riabilitativa	<input type="checkbox"/> ospedale	<input type="checkbox"/> altra struttura
-------------------------------------	---	---	------------------------------	---------------------------------------	--	-----------------------------------	--

## DIAGNOSI GENERALE


## AUTOSUFFICIENZA FISICA

Collaborazione	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti	
Uscire di casa	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente	
Spostarsi per le stanze	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente	
Fare le scale	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente	
Vestirsi e spogliarsi	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente	
Alzarsi ed andare a letto	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente	
Igiene personale	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente	
Uso servizi igienici	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente	
Vista	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> uso di lenti	<input type="checkbox"/> cecità:	<input type="checkbox"/> occhio sx
				<input type="checkbox"/> occhio dx
Udito	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> sordità	<input type="checkbox"/> uso di protesi:	<input type="checkbox"/> orecchio sx
				<input type="checkbox"/> orecchio dx
Linguaggio	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> disartria	<input type="checkbox"/> afasia	
Disfasia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no		
Deambulazione	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> a rischio caduta	
	<input type="checkbox"/> con carrozzina	<input type="checkbox"/> con deambulatore	<input type="checkbox"/> da stimolare con l'aiuto di un deambulatore e di un operatore	
	<input type="checkbox"/> con bastone			

STATO PSICHICO-MENTALE					
Lucidità	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Stato di coscienza	<input type="checkbox"/> vigile	<input type="checkbox"/> assopito	<input type="checkbox"/> soporoso	<input type="checkbox"/> orientato	
Confusione e disorientamento	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Orientamento nello spazio e nel tempo	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Sintomi di demenza	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Alzheimer:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
	Se SI specificare:	<input type="checkbox"/> 1°stadio	<input type="checkbox"/> 2°stadio	<input type="checkbox"/> 3°stadio	
Disturbi neurologici diversi dalla demenza	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
	Se SI specificare:				
Delirio	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Agitazione psico-motoria	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
In grado di collaborare	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
Stato emotivo	<input type="checkbox"/> tranquillo	<input type="checkbox"/> ansioso	<input type="checkbox"/> aggressivo	<input type="checkbox"/> agitato	<input type="checkbox"/> depresso
Aggressività	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Depressione	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Ansia	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Sonno	<input type="checkbox"/> regolare	<input type="checkbox"/> irregolare		<input type="checkbox"/> insonnia	
	<input type="checkbox"/> uso abituale di farmaci: <i>specificare</i>				
Seguito da centri di salute mentale	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
	Se SI specificare:				
Può vivere in comunità	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
MALATTIE NEUROLOGICHE ATTUALI O PREGRESSE					
Ictus	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
	Se SI specificare gli esiti:				
Lesioni cerebrali o spinali	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
	Se SI specificare gli esiti:				
Morbo di Parkinson	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			

**MALATTIE NEUROLOGICHE ATTUALI O PREGRESSE**

Sindromi extrapiramidali	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Sclerosi Multipla	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì

**DISABILITÀ FUNZIONALI RICHIEDENTI LA RIABILITAZIONE**

Lesioni cerebrali o spinali	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Fratture dell'anca	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Altre fratture	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
	Se SI specificare:	
Artroprotesi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
	Se SI specificare:	
Amputazioni	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
	Se SI specificare:	
Malattie croniche	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
	Se SI specificare:	
Cardiopatie	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
	Se SI specificare gli esiti:	
Artropatie degenerative	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
	Se SI specificare:	
Diabete mellito	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Insulinodipendente	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Patologie ostruttive delle vie aeree	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Insufficienza renale	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Ulcera peptica	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Esofagite da reflusso	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Stipsi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Uso di lassativi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
	Se SI specificare:	
Patologia neoplastica	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
	Se SI specificare:	
Dolori cronici	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
	Se SI specificare:	

**MALATTIE INFETTIVE**

Malattie infettive in atto	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
	Se SI specificare:	
Malattie infettive pregresse	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
	Se SI specificare:	

**INTOLLERANZE A FARMACI**

Specificare:

**ALLERGIE**

Allergie a farmaci	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	
Allergie/Intolleranze alimentari	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	
Altre allergie	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	

**ALIMENTAZIONE**

<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non autonomo (da imboccare)			<input type="checkbox"/> parzialmente (aiutare al bisogno)	
Difficoltà a deglutire	<input type="checkbox"/> solidi	<input type="checkbox"/> liquidi	<input type="checkbox"/> inappetenza	<input type="checkbox"/> vomito	<input type="checkbox"/> nessuna
Nutrizione enterale	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si			
	Se SI specificare:	<input type="checkbox"/> SNG	Tipo:	Quantità:	Velocità:
		<input type="checkbox"/> PEG	Tipo:	Quantità:	Velocità:
Nutrizione parentale	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si			
	Se SI specificare:	<input type="checkbox"/> CVC	Tipo:	Quantità:	Velocità:
Dieta	<input type="checkbox"/> libera	<input type="checkbox"/> personalizzata			
Se Personalizzata specificare:					
Restrizioni	<input type="checkbox"/> diabetico	<input type="checkbox"/> altro			
	Se Altro specificare:				

**TERAPIE**

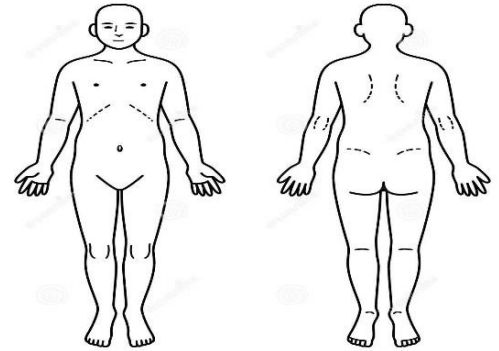
FARMACO	ORARIO DI SOMMINISTRAZIONE				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				

**TERAPIE**

	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				

**PIAGHE DA DECUBITO**

Presenza di piaghe da decubito	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
EVIDENZIARE LE ZONE		


**MEDICAZIONI IN ATTO**

SEDE	TIPO	FREQUENZA

**ALTRE TERAPIE IN CORSO**

Ossigeno terapia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare LT/MIN	
Bronco aspirazione	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Chemioterapia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Radioterapia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Dialisi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Altro:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	

**ALTRE PATOLOGIE DI RILIEVO**


## ALTRE PATOLOGIE DI RILIEVO


DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DI BASE

--	--

*Parte riservata alla Fondazione***Data e firma dell'operatore che ritira il documento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_