



## **RELAZIONE SANITARIA ASSISTENZIALE**

Nome	Cognome
Luogo di nascita	Data di nascita
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F

### ➤ **TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA**

Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico

Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona

Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento

Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia

È indipendente

### ➤ **DEAMBULAZIONE**

Dipendenza rispetto alla locomozione

Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione

Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili

Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere

50 metri senza bisogno di aiuto

Cammina senza aiuto

### ➤ **LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE**

Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione

Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano

Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.

Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi

Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri



➤ **IGIENE PERSONALE**

Incapace di provvedere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti

Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale

Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale

È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire

È capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi

➤ **ALIMENTAZIONE**

Deve essere imboccato

Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.

Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati

Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliare la carne, aprire confezioni, ecc.

La presenza di un'altra persona non è indispensabile

Totale indipendenza nel mangiare

➤ **CONFUSIONE**

È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive

È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe

Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo

È in grado di pensare chiaramente

➤ **IRRITABILITÀ**

Qualsiasi contatto è causa di irritabilità

Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare

Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.

Non mostra segni di irritabilità, è calmo



➤ **IRREQUIETEZZA**

Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi

Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione

Mostra ogni tanto segni di irrequietezza

Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di

Tranquillità

➤ **ALTRE SEGNALAZIONI**

Incontinenza:

Assente

Solo urinaria

Solo fecale

Doppia

Gestione incontinenza:

Presidi assorbenti

Ano artificiale

Catetere

Ausili per il movimento:

Bastone/deambulatore

Carrozzina

Nessuno



**LEGENDA**  
**A** : assente; **L** : lieve - trattamento facoltativo; prognosi eccellente; **M** : moderata - trattamento necessario; prognosi buona; **G** : grave; è invalidante - trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; **MG** : molto grave - trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA	Gravità (barrare la casella che interessa come da legenda)				
PATOLOGIE CARDIACHE	A	L	M	G	MG

Diagnosi:.....

IPERTENSIONE (si valuta la severità)	A	L	M	G	MG
--------------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

APPARATO RESPIRATORIO	A	L	M	G	MG
-----------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

FEGATO	A	L	M	G	MG
--------	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....



RENE	A	L	M	G	MG
------	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle,ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione,ansia,agitazione,psicosi)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....



**ALTRI PROBLEMI CLINICI**

DESCRIZIONE	NO	SI	Se SI INDICARE:
Lesione da decubito	NO	SI	Sede: Stadio:
Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria	NO	SI	Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
Alimentazione artificiale	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza	NO	SI	Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento	NO	SI	Bastone e/o deambulatore: Carrozzina:
Protesi	NO	SI	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
Disorientamento tempo/spazio	NO	SI	Note:
Vagabondaggio	NO	SI	Note:
Agitazione psico-motoria	NO	SI	Note:
Inversione ritmo sonno-sveglia	NO	SI	Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
Allergie a farmaci	NO	SI	Specifica:
Allergie a farmaci	NO	SI	Specifica:



TERAPIA IN ATTO								
FARMACO		H	H	H	H	H	H	H

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE		
Lettera dimissione ospedale	SI	NO
Visite specialistiche	SI	NO
- Se sì quali? A)		
B)		
C)		
D)		
Esami ematici	SI	NO
Rx , Tac, Rnm	SI	NO

IL MEDICO PROPONENTE: Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_

RISERVATO AL MEDICO DI STRUTTURA					
	Accettazione		Classe SOSIA presunta	Data	Firma
FONDAZIONE ALCESTE CORTELLONA ONLUS	SI	NO			
Annotazioni: _____					
_____					
_____					
_____					
_____					