

# *Casa di Riposo Belvedere*

Fondazione Onlus

## RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito .....

M

F

Data di nascita ..... Data di compilazione .....

### PATOLOGIE CARDIACHE

Diagnosi: .....

.....

.....

### APPARATO VASCOLARE

Diagnosi: .....

.....

.....

### APPARATO RESPIRATORIO

Diagnosi: .....

.....

.....

### OCCHI/ORL (orecchio, naso gola, laringe)

Diagnosi: .....

.....

.....

### APPARATO DIGERENTE (segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)

Diagnosi: .....

.....

.....

# *Casa di Riposo Belvedere*

Fondazione Onlus

## FEGATO

Diagnosi: .....  
.....  
.....

## RENE ED APPARATO URO-GENITALE

Diagnosi: .....  
.....  
.....

## APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere di decubito)

Diagnosi: .....  
.....  
.....

## PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)

Diagnosi: .....  
.....  
.....

## PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)

Diagnosi: .....  
.....  
.....

## STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

Diagnosi: .....  
.....  
.....

# *Casa di Riposo Belvedere*

Fondazione Onlus

## ALLERGIE

Diagnosi: .....  
.....  
.....

## ALTRE MALATTIE IN ATTO (SPECIFICARE)

Diagnosi: .....  
.....  
.....

## ALTRI PROBLEMI CLINICI

DESCRIZIONE	NO	SI	se SI indicare:
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:

# *Casa di Riposo Belvedere*

Fondazione Onlus

PROTESI	<b>NO</b>	<b>SI</b>	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
---------	-----------	-----------	--

INVERSIONE RITMO SONNO-SVEGLIA	<b>NO</b>	<b>SI</b>	Note:
--------------------------------	-----------	-----------	-------

STATO NUTRIZIONALE INSODDISFACENTE	<b>NO</b>	<b>SI</b>	Obesità: Sottopeso:
------------------------------------	-----------	-----------	------------------------

## **TERAPIA IN ATTO (specificare farmaco e posologia)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si certifica che l'Ospite.....nat....a.....non è affett.....da malattie infettive contagiose in atto e non presenta turbe psichiche tali da non consentire la vita in comunità.

Recapito telefonico del Medico.....

Timbro e Firma del Medico

.....