



## **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	SI	NO			
Annotazioni: _____					
_____					
_____					
_____					
_____					