ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

RELAZIONE SANITARIA per inserimento in R.S.A./C.D.I. /Comunità Integrata/RITORNARE A CASA

IL Sig./La Sign.ra _____ nato a _____

il ____/____/_____ residente in _____ Via _____

① Autosufficiente ② Parzialmente autosufficiente

③A rischio di perdere l'autosufficienza ④Non autosufficiente

Patologie pregresse:

_____

_____

Patologie in atto:

_____

_____

Condizioni psichiche/ Reattività emotiva:

Confusione e disorientamento Depressione

Ansia Fasi di agitazione psicomotoria Episodi di aggressività

Allettato:

NO SI: da quanto tempo _____

Piaghe da decubito:

assenti presenti: sede _____

Terapia in atto:

_____

_____

Attualmente il paziente si trova:

al proprio domicilio:

vive da solo SI NO se NO specificare con chi: _____

supporto familiare Adeguato Inadeguato

Problematiche che ostacolano adeguata assistenza al domicilio _____

_____

Ospedale/ Clinica (spec.) _____

Altra Struttura (spec.) _____

Obiettivi dell'inserimento in R.S.A./C.D.I:/ RITORNARE A CASA

① Osservazione medico-infermieristica dopo risoluzione evento acuto grave senza accertamenti e con terapia stabilizzata
② In attesa di adeguamento delle condizioni familiari in relazione a mutate condizioni psico-fisiche
③ Sollievo, per breve periodo, alla famiglia di soggetto anziano e/o disabile
④ Soggetto non più assistibile a domicilio per pluralità di motivazioni di ordine sanitario e sociale
⑤ Altro _____

Data _____ Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale

N.B le visite domiciliari verranno effettuate se il medico proponente attesta i motivi sanitari di impossibilità a presentarsi nella sede della visita, perché lo spostamento del paziente sarebbe di pregiudizio per la sua salute.