	PROCEDURA	All.08 C01 Relazione medico curante Ed.prima-Rev.00	
	Codice CLIENTE 01	Emissione:	10/04/21
	PREINGRESSO	Pagina 1 di 4	

RELAZIONE MEDICO CURANTE

Scheda sanitaria di ingresso

Cognome e Nome _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Cod. Fisc. _____ nato/a _____


residente a _____ via _____ n. _____

(La scheda sanitaria deve essere compilata in maniera leggibile e completa)

QUADRO CLINICO

PATOLOGIE PRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	assente	lieve	moderato	grave
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato (solo fegato) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rene (solo rene) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	PROCEDURA	All.08 C01 Relazione medico curante Ed.prima-Rev.00	
	Codice CLIENTE 01	Emissione:	10/04/21
	PREINGRESSO	Pagina 2 di 4	

diagnosi:				
INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	assente	lieve	moderato	grave
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stato mentale e comportamentale (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E' esente da malattie infettive contagiose in atto e può vivere in Comunità? SI NO (specificare)

Interventi chirurgici e/o ricoveri ospedalieri e riabilitativi

Trattamento riabilitativo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Di che tipo:
Tipo di Invalidità	%	codice di esenzione
indennità di accompagnamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	


Altri aspetti clinici e funzionali

Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede:
Stomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede:
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Data ultimo posizionamento:
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Lesioni da pressione		Sede:
Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Medicazione: _____
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: Medicazione: _____
Utilizzo ausili per la deambulazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Se no, specificare: <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> allettato Se si: <input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore/girello
Cadute negli ultimi tre mesi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Indicare il numero:
Fumo <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> pregresso	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Peso kg

Deficit sensoriali

Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Corretta con protesi

Disturbi cognitivi, comportamentali, dell'umore e problemi psichiatrici

	PROCEDURA	All.08 C01 Relazione medico curante Ed.prima-Rev.00	
	Codice CLIENTE 01	Emissione:	10/04/21
	PREINGRESSO	Pagina 3 di 4	

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma <input type="checkbox"/> stato vegetativo
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Disorientamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Di che tipo:
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Allucinazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Crisi d'ansia / attacchi di panico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Etilismo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Agitazione psico-motoria diurna <input type="checkbox"/> Agitazione psico-motoria notturna
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia
Wandering (cammino afinalistico)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi / Rischio di fuga <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (ntenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo:
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Indicare la data:
In carico presso CSM	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	altri servizi psichiatrici:

Problemi e condizioni correlate all'alimentazione

Alimentazione <input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> con necessità di piccolo aiuto	<input type="checkbox"/> necessita di imboccamento
Stato metabolico nutrizionale	<input type="checkbox"/> soddisfacente <input type="checkbox"/> in equilibrio farmacologico	<input type="checkbox"/> carente apporto nutrizionale <input type="checkbox"/> scompensato
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Protesi: <input type="checkbox"/> inferiore <input type="checkbox"/> superiore Scheletrato: <input type="checkbox"/> inferiore <input type="checkbox"/> superiore
Obesità grave: <input type="checkbox"/> 80-100 kg <input type="checkbox"/> 100 kg		Altro:
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Altro:
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati
Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Di che tipo:
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG
Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Allergie <input type="checkbox"/> non note	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Di che tipo:
Diabete mellito	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> è trattato con la sola dieta <input type="checkbox"/> farmaci antidiabetici orali <input type="checkbox"/> insulina
Intolleranza alimentari:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Di che tipo:

