



Riservato alla  
struttura \_\_\_\_\_  
ID  
utente \_\_\_\_\_  
Data  
accettazione: \_\_\_\_\_

**RELAZIONE SANITARIA**

*(a cura del medico curante, o del reparto ospedaliero o di altra struttura in cui si trova l'interessato)*

**Nome.....Cognome .....**

**Deposito delle disposizioni anticipate in materia di trattamenti sanitari (DAT)  Si  No**

<b>INDICI FUNZIONALI</b>				
	<b>Autonomo</b>	<b>Con supervisione</b>	<b>Con aiuto</b>	<b>Totale dipendenza</b>
<b>Trasferimenti letto / sedia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Deambulazione</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Locomozione su sedia a rotelle</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Igiene personale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alimentazione</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>INDICI ORGANICI</b>				
	<b>Nessuno</b>	<b>Lieve</b>	<b>Moderato</b>	<b>Grave</b>
<b>Calo ponderale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Obesità</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>INDICI COGNITIVI</b>				
	<b>Assente</b>	<b>Lieve</b>	<b>Moderate</b>	<b>Grave</b>
<b>Disturbo cognitivo/ Confusione/orientamento spazio temporale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Irritabilità</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Irrequietezza</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vagabondaggio afinalistico</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aggressività (verbale e/o fisica)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>PROFILI DI GRAVITA'</b>		
<b>Lesioni da decubito</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>da pressione</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sede	
<b>Vascolari</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sede	
<b>Ausili per il movimento</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Bastone/deambulatore</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> prescritti	
<b>Carrozzina</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> prescritti	
<b>Cadute negli ultimi 6 mesi</b>	<input type="checkbox"/> Si (specificare n. cadute)	<input type="checkbox"/> No
<b>Gestione incontinenza</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Pannolone/catetere esterno</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Catetere vescicale o permanenza</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Stomia</b>	<input type="checkbox"/> Si (specificare)	<input type="checkbox"/> No
<b>Alimentazione artificiale</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>S.N.G. (sondino naso gastrico)</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>PEG</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Parenterale</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Insufficienza respiratoria</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Ossigeno al bisogno</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Ossigeno costante</b>	<input type="checkbox"/> Si (specificare litri di ossigeno)	<input type="checkbox"/> No
<b>Dialisi</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No



