



Fondazione
“Villa della Fraternità – ONLUS”
 Centro Residenziale per Anziani

RELAZIONE SANITARIA REDATTA DAL MEDICO CURANTE

(da allegare alla domanda di ricovero, assieme alla **SCHEDA DI ACCESSO IN OSPEDALE**)

SIG. _____ DI ANNI _____

Il pz. si trova attualmente: a domicilio in ospedale _____ in altro istituto _____

ESAME OBIETTIVO:

Si prega di barrare la risposta che interessa

Il pz. è autonomo nel :

LAVARSI, ALIMENTARSI, VESTIRSI

SI' NO

LA DEMBULAZIONE è: buona incerta con appoggio impossibile

Il paziente presenta:

INCONTINENZA URINARIA

assente salt. completa porta catet.

INCONTINENZA FECALE

assente salt. completa

PIAGHE DA DECUBITO

SI' NO

Valutazione generale del paziente:

- **STATO PSICHICO ATTUALE** orientato nel tempo SI' NO
- orientato nello spazio SI' NO
- depressione SI' NO
- lucidità SI' NO
- aggressività SI' NO
- agitazione psico-motoria SI' NO
- **MALATTIE DI ORDINE PSICHICO** SI' NO

Quali _____

- **PRESENZA ANOMALIE NEL COMPORTAMENTO** SI' NO

Quali _____

ALTRE NOTIZIE UTILI

Data _____

Firma del medico _____