



Titolo documento

Cod. identificativo

## RELAZIONE MEDICA

MD03.01\_02 Rev.1

DATA: 25/11/2024

Pagina 1 di 8

## Relazione medica

Ospite:

Luogo e data di nascita:

Peso kg:

Altezza cm:

Fonte delle informazioni riportate:

MEDICO COMPILATORE DELLA SCHEDA	Nome e Cognome:	
	Indirizzo studio medico:	
	Recapito telefonico:	
	Mail:	

## L'INTERESSATO ATTUALMENTE E' PRESSO:

<input type="checkbox"/> abitazione	<input type="checkbox"/> casa di riposo	<input type="checkbox"/> residenza protetta	<input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> lungodegenza	<input type="checkbox"/> struttura riabilitativa	<input type="checkbox"/> ospedale	<input type="checkbox"/> altra struttura
-------------------------------------	---	---	------------------------------	---------------------------------------	--	-----------------------------------	--

## DIAGNOSI GENERALE

## AUTOSUFFICIENZA FISICA

Collaborazione	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti
Igiene personale	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
Uso servizi igienici	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
Vista	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> uso di lenti	<input type="checkbox"/> cecità:
			<input type="checkbox"/> occhio sx <input type="checkbox"/> occhio dx
Udito	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> sordità	<input type="checkbox"/> uso di protesi:
			<input type="checkbox"/> orecchio sx <input type="checkbox"/> orecchio dx
Linguaggio	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> disartria	<input type="checkbox"/> afasia
Deambulazione	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> a rischio caduta
	<input type="checkbox"/> con carrozzina	<input type="checkbox"/> con deambulatore	<input type="checkbox"/> da stimolare con l'aiuto di un deambulatore e di un operatore
	<input type="checkbox"/> con bastone		



Titolo documento

## RELAZIONE MEDICA

Cod. identificativo

MD03.01\_02 Rev.1

DATA: 25/11/2024

Pagina 2 di 8

STATO PSICHICO-  
MENTALE

Lucidità	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Stato di coscienza	<input type="checkbox"/> vigile	<input type="checkbox"/> assopito	<input type="checkbox"/> soporoso	<input type="checkbox"/> orientato	
Confusione e disorientamento	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Orientamento nello spazio e nel tempo	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Sintomi di demenza	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Alzheimer:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
	Se SI specificare:	<input type="checkbox"/> 1°stadio	<input type="checkbox"/> 2°stadio	<input type="checkbox"/> 3°stadio	
Disturbi neurologici diversi dalla demenza	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
	Se SI specificare:				
Delirio	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Agitazione psico-motoria	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
In grado di collaborare	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
Stato emotivo	<input type="checkbox"/> tranquillo	<input type="checkbox"/> ansioso	<input type="checkbox"/> aggressivo	<input type="checkbox"/> agitato	<input type="checkbox"/> depresso
Aggressività	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Depressione	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Ansia	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente		<input type="checkbox"/> a tratti	
Sonno	<input type="checkbox"/> regolare	<input type="checkbox"/> irregolare		<input type="checkbox"/> insonnia	
	<input type="checkbox"/> uso abituale di farmaci: <i>specificare</i>				
Seguito da centri di salute mentale	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
	Se SI specificare:				
Può vivere in comunità	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			



Titolo documento

## RELAZIONE MEDICA

Cod. identificativo

MD03.01\_02 Rev.1

DATA: 25/11/2024

Pagina 3 di 8

MALATTIE NEUROLOGICHE ATTUALI O PREGRESS  
E

Ictus	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Se SI specificare gli esiti:		
Lesioni cerebrali o spinali	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Se SI specificare gli esiti:		
Morbo di Parkinson	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì

MALATTIE NEUROLOGICHE ATTUALI O PRE  
GRESSE

Sindromi extrapiramidali	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Sclerosi Multipla	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì

## DISABILITÀ FUNZIONALI RICHIEDENTI LA RIABILITAZIONE

Lesioni cerebrali o spinali	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Fratture dell'anca	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Altre fratture	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Se SI specificare:		
Artroprotesi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Se SI specificare:		
Amputazioni	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Se SI specificare:		
Malattie croniche	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Se SI specificare:		
Cardiopatie	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Se SI specificare gli esiti:		
Artropatie degenerative	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Se SI specificare:		
Diabete mellito	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Insulinodipendente	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Patologie ostruttive delle vie aeree	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Insufficienza renale	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Ulcera peptica	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Esofagite da reflusso	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Stipsi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì

Uso di lassativi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
	Se SI specificare:				
Patologia neoplastica	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
	Se SI specificare:				
Dolori cronici	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
	Se SI specificare:				
MALATTIE INFETTIVE					
Malattie infettive in atto	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
	Se SI specificare:				
Malattie infettive pregresse	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
	Se SI specificare:				
ALIMENTAZIONE					
<input type="checkbox"/> autonomo		<input type="checkbox"/> non autonomo (da imboccare)		<input type="checkbox"/> parzialmente (aiutare al bisogno)	
Difficoltà a deglutire	<input type="checkbox"/> solidi	<input type="checkbox"/> liquidi	<input type="checkbox"/> inappetenza	<input type="checkbox"/> vomito	<input type="checkbox"/> nessuna
Nutrizione enterale	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
	Se SI specificare:	<input type="checkbox"/> SNG	Tipo:	Quantità:	Velocità:
		<input type="checkbox"/> PEG	Tipo:	Quantità:	Velocità:
Nutrizione parentale	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
	Se SI specificare:	<input type="checkbox"/> CVC	Tipo:	Quantità:	Velocità:
Dieta	<input type="checkbox"/> libera	<input type="checkbox"/> personalizzata			
	Se Personalizzata specificare:				
Restrizioni	<input type="checkbox"/> diabetico	<input type="checkbox"/> altro			
	Se Altro specificare:				
T E R A P I E					
Vedi la scheda di “RICOGNIZIONE FARMACOLOGICA” di seguito riportata (Come previsto dalla Raccomandazione n°17 Dicembre2014 del Ministero della salute)					
PIAGHE DA DECUBITO					



Titolo documento

## RELAZIONE MEDICA

Cod. identificativo

MD03.01\_02 Rev.1

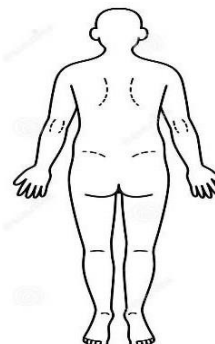
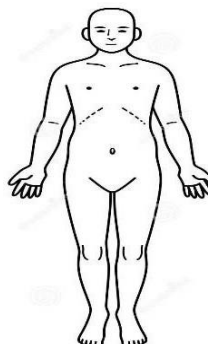
DATA: 25/11/2024

Pagina 5 di 8

Presenza di piaghe da decubito

☐ no☐ sì

EVIDENZIARE LE ZONE

MEDICAZIONI IN ATT  
OS  
E  
D  
ET  
I  
P  
O

FREQUENZA



ALTRE PATOLOGIE DI RILIEVO

RICOGNIZIONE FARMACOLOGICA

## ALLERGIE/EFFETTI INDESIDERATI SIGNIFICATIVE AI FINI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Allergie/effetti indesiderati/reazioni  
avverse da farmaci☐ Non note☐ Sì, specificare quali:

Intolleranze/allergie a componenti alimentari che possono essere presenti nei farmaci come eccipienti (es. lattosio ... )	<input type="checkbox"/> Non note <input type="checkbox"/> Si, specificare quali
Altre allergie (es. lattice ... )	<input type="checkbox"/> Non note <input type="checkbox"/> Si, specificare quali:

INFORMAZIONI DI RILIEVO SU TERAPIA ED ABITUDINI

Terapia anticoagulante	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	Terapia antiepilettica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
Terapia insulinica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	Terapia im- munosoppressiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
Terapia ipoglicemizzanti orali	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	Terapia con ossigeno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
Terapia oppioidi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO		

ALTRE TERAPIE IN CORSO		
Ossigeno terapia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se S/ specificare LT/MIN	
Bronco aspirazione	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Chemioterapia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Radioterapia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Dialisi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Altro:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se S/ specificare:	



## RELAZIONE MEDICA

MD03.01\_02 Rev.1

DATA: 25/11/2024

Pagina 7 di 8

Difficoltà nell'assunzione della terapia (es. problemi di deglutizione persistente o sal- tuaria a solidi, liquidi ecc...)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, specificare quali:
Assunzione di alimenti che possono inter- ferire con la terapia (es. dosi elevate di pompelmo, caffè, the, frutta, verdura, ecc...)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, specificare quali:
Stili e abitudini di vita	<input type="checkbox"/> Assunzione di alcool <input type="checkbox"/> Abitudine al fumo <input type="checkbox"/> Uso di droghe
Terapie non convenzionali, trattamenti a carat- tere sperimentale, utilizzo compassionevole e far- maci <i>off label</i> : (fitoterapici, omeopatici, integratori...)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si specificare:
Dispositivi medicati o che rilasciano far- maci	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si specificare:
Eventuali altri dati rilevanti	

TERAPIA ATTUALE DELL’OSPITE

FARMACO * nome commerciale e/o principio attivo con dosaggio	FORMA FARM. **	VIA SOMM. ***	POSOLOGIA Dose e frequenza di as- sunzione ****	DATA IN- IZIO TER- APIA	DATA SO- SPENS.	ULTIMA DOSE AS- SUNTA Data/ora

\* Es: Tachipirina 500mg  
\*\* Es: CPR (comprese) – CPS (capsule) – FL (fiale)  
\*\*\* Es: OS (orale) – IM (intramuscolo) – EV (endovena) – SC (sottocute)  
\*\*\*\* Es: 1 cpr 3 volte die

Cognome Nome del compilatore:	
Qualifica:	
Data:	Ora:
Firma:	