



## **ASP "CAV. MARCO ROSSI SIDOLI"**

Via Duca degli Abruzzi n. 27 -43053- Compiano (PR)  
Tel. 0525-825116 Fax 0525-825374 E-mail info@rossisidoli.com  
P. IVA 00799990346 - C. F. 81000140343

### **RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE SULLA RICHIESTA DI AMMISSIONE IN CASA PROTETTA**

1. NOME E COGNOME \_\_\_\_\_
2. DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_
3. RESIDENZA \_\_\_\_\_

4. NOTIZIE ANAMNESTICHE FAMILIARI:

5. ABITUDINI PERSONALI:

a) ALCOOL                      SI        NO        Quantità \_\_\_\_\_

b) SUPERALCOLICI            SI        NO        Quantità \_\_\_\_\_

c) FUMO                        SI        NO        Quantità \_\_\_\_\_

d) CAFFE'                      SI        NO        Quantità \_\_\_\_\_

e) SONNO (eventuali farmaci) \_\_\_\_\_

f) ALVO DIURESIS:

- Continente
- Incontinenza saltuaria                      da quanto tempo \_\_\_\_\_
- Incontinenza totale                         da quanto tempo \_\_\_\_\_
- Presenza di catetere                         da quanto tempo \_\_\_\_\_

g) Alimentazione:  
appetito \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

diete eventuali \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

h) Nutrizione:

- mangia da solo
- necessita di aiuto
- ha bisogno di essere imboccato
- edentulo                      SI        NO        PARZIALMENTE
- uso di protesi

6. Pregresse patologie rilevanti con particolare riferimento ad eventuali ricoveri

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. i seguenti esami RW antigeni AV copricoltura RX torace Esame Obiettivo

Cute e annessi (con particolare riferimento a decubiti) \_\_\_\_\_

Capo \_\_\_\_\_

Torace \_\_\_\_\_

Apparato Cardio Circolatorio \_\_\_\_\_

Addome \_\_\_\_\_

Apparato uro genitale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arti \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Deambulazione

- *Da solo*
- *Con appoggio*
- *Costretto seduto*
- *Costretto al letto*

<u>Qualità Deambulazione</u>					
<i>Buona</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Media</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Scarsa</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Buona</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Media</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Scarsa</i>	<input type="checkbox"/>

### **Eventuali Protesi (rif. a tutti gli organi e apparati):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Sistema Nervoso:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Eventuali Presenze di Crisi Epilettiche e loro Frequenza:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **PSICHE-SENSORIO:**

#### **Capacità di orientamento temporo/spaziale:**

- *Completamente Orientato*
- *Parzialmente disorientato*
- *Totalmente Confuso*

**Descrizione del comportamento:**

---

---

---

**Capacità di critica: Giudizio – Memoria**

- *Normale*
- *Parzialmente compromessa*
- *Deterioramento psichico completo*

**Descrizione del comportamento:**

---

---

---

---

**Umore - Affettività - Emotività - Corso del Pensiero:**

- *Normale*
- *Risposte affettive ridotte o non sempre appropriate*
- *Allucinazioni e deliri*

**Descrizione del comportamento:**

---

---

---

**Varie ed Eventuali:**

---

---

---

***Terapia:***

*1) Eventuale Terapia (specificare i farmaci)*

---

*2) Terapia a Lungo (specificare terapia)*

---

*2) Comportamento rispetto i farmaci:*

---

- *assume i farmaci da solo*
- *ha bisogno di supervisione nell'uso dei farmaci*
- *non ha responsabilità nell'uso dei farmaci*