



**ASL Sulcis Iglesiente**

Azienda socio-sanitaria locale n. 7

**RELAZIONE SANITARIA** per inserimento in R.S.A./C.D.I.

IL Sig./La Sign.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

☐ Autosufficiente

☐ Parzialmente autosufficiente

☐ A rischio di perdere l'autosufficienza

☐ Non autosufficiente

**Patologie pregresse:**

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

**Patologie in atto:**

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

**Condizioni psichiche/ Reattività emotiva:**

☐ Ansia

☐ Confusione e disorientamento

☐ Depressione

☐ Fasi di agitazione psicomotoria

☐ Episodi di aggressività

**Allettato:**

NO SI: da quanto tempo \_\_\_\_\_

**Piaghe da decubito:**

☐ assenti

☐ presenti: sede \_\_\_\_\_

**Terapia in atto:**

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

**Attualmente il paziente si trova:**

☐ al proprio domicilio:

vive da solo

SI NO

se NO specificare con chi: \_\_\_\_\_

supporto familiare

☐ Adeguato

☐ Inadeguato

Problematiche che ostacolano adeguata assistenza al domicilio \_\_\_\_\_

☐ Ospedale/ Clinica (spec.) \_\_\_\_\_

☐ Altra Struttura (spec.) \_\_\_\_\_

**Obiettivi dell'inserimento in R.S.A./C.D.I.:**

☐ Osservazione medico-infermieristica dopo risoluzione evento acuto grave senza accertamenti e con terapia stabilizzata

☐ In attesa di adeguamento delle condizioni familiari in relazione a mutate condizioni psico-fisiche

☐ Sollievo, per breve periodo, alla famiglia di soggetto anziano e/o disabile

☐ Soggetto non più assistibile a domicilio per pluralità di motivazioni di ordine sanitario e sociale

☐ Altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale

\_\_\_\_\_