



RSA - CDI - CA
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

DOMANDA DI AMMISSIONE

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

DATI DEL COMPILATORE MEDICO CURANTE

NOME E COGNOME MEDICO	DATA DI COMPILAZIONE
-----------------------	----------------------

DATI DELL'ASSISTITO

NOME E COGNOME DELL'ASSISTITO	LUOGO E DATA DI NASCITA
INDIRIZZO RESIDENZA	CODICE FISCALE

Ultimo ricovero ospedaliero *(se possibile indicare mese/anno e diagnosi alle dimissioni)*

Eventuali ricoveri precedenti *(se ritenuti utili alla definizione del caso)*

NOTIZIE CLINICO/ANAMNESTICHE

Per ogni indicatore comorbidità specificare la diagnosi e barrare la casella corrispondente secondo la seguente legenda:

- ASSENTE
- LIEVE (trattamento facoltativo; prognosi eccellente)
- MODERATO (trattamento necessario; prognosi buona)
- GRAVE (è invalidante; trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata)
- MOLTO GRAVE (trattamento di emergenza; prognosi grave)



RSA - CDI - CA
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

DOMANDA DI AMMISSIONE

INDICATORE COMORBILITA'	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
PATOLOGIE CARDIACHE (SOLO CUORE) DIAGNOSI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPERTENSIONE (SI VALUTA LA SEVERITA') DIAGNOSI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APPARATO VASCOLARE (SANGUE, VASI, MIDOLLO, SISTEMA LINFATICO) DIAGNOSI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APPARATO RESPIRATORIO (POLMONI, BRONCHI, TRACHEA) DIAGNOSI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OCCHI/ONGL (OCCHIO, ORECCHIO, NASO, GOLA, LARINGE) DIAGNOSI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, VIE BILIARI, PANCREAS) DIAGNOSI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



RSA - CDI - CA
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

DOMANDA DI AMMISSIONE

INDICATORE COMORBILITA'	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
APPARATO DIGERENTE INFERIORE (INTESTINO, ERNIE, STIPSI, INCONTINENZA FECALE) DIAGNOSI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPATICHE (SOLO FEGATO) DIAGNOSI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RENALI (SOLO RENE) DIAGNOSI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APPARATO RIPRODUTTIVO -PATOLOGIE GENITO URINARIE (MAMMELLE, URETERI, VESCICA, URETRA, PROSTATA, GENITALI, INCONTINENZA URINARIA) DIAGNOSI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO - CUTE (MUSCOLI, SCHELETRO, ULCERE DA DECUBIT) DIAGNOSI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO (NON INCLUDE LA DEMENZA) DIAGNOSI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



RSA – CDI -CA
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

DOMANDA DI AMMISSIONE

INDICATORE COMORBILITA'	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (INCLUDE DIABETE, INFEZIONI, STATI TOSSICI) DIAGNOSI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICHIATICO COMPORTAMENTALI (DEMENTIA, DEPRESSIONE, ANSIA, AGITAZIONE, PSICOSI) DIAGNOSI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stato mentale e comportamentale

(segnalare presenza di ansia, depressione, alcoolismo, manifestazioni psicotiche, tentativi di suicidio, demenza, agitazione psicomotoria, difficoltà di comunicazione, ecc. pregressa o in atto)

Stato di coscienza

- Vigile Soporoso Coma Orientato T/S
 Parzialmente orientato T/S Disorientato T/S

Disturbi del comportamento

- Deliri Allucinazioni Agitazione
 Aggressività verbale Aggressività fisica Apatia
 Depressione Ansia Irritabilità
 Cammino afinalistico (wandering) Comportamento motorio ripetitivo
 Disturbi dell'alimentazione Disturbi del sonno



RSA – CDI -CA
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

DOMANDA DI AMMISSIONE

Incontinenza sfinterica

- Assente
- Solo urinaria
- Solo fecale
- Doppia incontinenza

Gestione incontinenza

- Presidi assorbenti
- Catetere vescicale a permanenza
- Nefro/urostomia
- Ano artificiale

Alimentazione

- Normale per os
- Disfagia
- Dieta a consistenza modificata (frullata, addensata)
- Sondino naso-gastrico
- PEG
- Nutrizione parenterale

Ausili per la gestione delle insufficienze funzionali in uso

- Ossigenoterapia (continua, a cicli)
- Tracheostomia (tipo di cannula)
- Ventilatore (continuo, a cicli)
- Dialisi (peritoneale, extracorporea)



RSA - CDI - CA
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

DOMANDA DI AMMISSIONE

Organi sensoriali

- Vista normale con lenti cecità
- Udito integro corretto con protesi sordità

Presidi ed Ausili in uso

- Bastone/Canadese (se fornito da ASL)
- Deambulatore (se fornito da ASL)
- Carrozzina (se fornito da ASL)
- Materassino antidecubito (se fornito da ASL)
- Letto Ortopedico (se fornito da ASL)
- Presidi per incontinenza (se fornito da ASL)
- Altro (specificare)
.....

Lesioni cutanee da pressione

Sede.....

Grado.....

Linguaggio

- Normale
- Afasico
- Disartrico

NOTE _____

Disorientamento tempo/spazio

- Si
- No

NOTE _____



RSA - CDI - CA
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

DOMANDA DI AMMISSIONE

Agitazione psico/motoria

- Si
 No

NOTE _____ _____ _____

Inversione ritmo sonno/veglia

- Si
 No

NOTE _____ _____ _____

Stato nutrizionale

- Normale
 Obesità
 Sottopeso

Allergie ai farmaci

- Si No

SPECIFICA _____ _____ _____

Allergie ad alimenti

- Si No

SPECIFICA _____ _____



RSA - CDI - CA
COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Modulo 7.1.1

DOMANDA DI AMMISSIONE

Altre allergie note

Altri problemi clinici

(segnalare eventuali altre notizie cliniche significative)

Terapie in atto *(specificare farmaci assunti e loro posologia)*

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Riferimento Telefonico del Medico _____