



Arčoni 8a, 5292 RENČE, SLOVENIJA
Tel. ++386 5 33 10 720
Fax. ++ 386 5 33 10 730
E.mail: info@medichotel.com
www.medichotel.com

residenze sanitario – assistenziali

RELAZIONE SANITARIA

Spettabile

Direzione Sanitaria

Oggetto: Relazione Sanitaria

Trasmettiamo in allegato la relazione in oggetto riferita all'assistito

DATI DELL' ASSISTITO

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Codice sanitario

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Data _____

Firma e timbro del Medico

ATTUALE SISTEMAZIONE (Pacient se nahaja)

Domicilio (Doma)

Istituto di riabilitazione (V zdravilišču ali na rehabilitaciji)

Ospedale (V bolnišnici)

Altro (Drugò)

BREVE ANAMNESI USANDO LA CLASSIFICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE (IN STAMPATELLO) (Diagnoza)

ESAME OBIETTIVO PARTICOLARE (Trenutno zdravstveno stanje)

Apparato cardiovascolare (Cardiovascularni sistem)

Apparato respiratorio (Respiratorni sistem)

Apparato digerente (Prebavni sistem)

Apparato urino-genitale (Uro-genitalni sistem)

Apparato osteomuscolare (Ortopedsko stanje)

Malattie del ricambio (Bolezni presnove)

Malattie neurologiche e psichiche (in atto o pregresse) (Nevrološke in psihiatrične bolezni (akutne in prebolele))

Malattie infettive contagiose (in atto o pregresse) (Infektivne in kliconosne bolezni (akutne in prebolele))

Staphylococcus aureus meticillino-resistente (MRSA) - test per diagnosticare infezioni da Staphylococcus aureus obbligatorio! – guardare NOTA alla pagina 3
Identificate le colonie di MRSA? **Si** (Da) **No** (Ne)

TERAPIA IN CORSO (Morebitna terapija v teku)

AUTONOMIA: Il paziente é autonomo nel: (Pacient je samostojen pri)**Lavarsi** (Umivanju) **Si** (Da) **No** (Ne) **Con aiuto** (Z pomočjo)**Vestirsi** (Oblačenju) **Si** (Da) **No** (Ne) **Con aiuto** (Z pomočjo)**Alimentarsi** (Prehranjevanju) **Si** (Da) **No** (Ne) **Con aiuto** (Z pomočjo)**Utilizzare servizi igienici** (Uporaba toaletnih prostorov) **Si** (Da) **No** (Ne) **Con aiuto** (Z pomočjo)**Deambulazione** (Gibanje) **Buona** (Normalno) **Incerta** (delno oteženo) **Con appoggio** (Oteženo) **Impossibile** (Nepokreten)**In riabilitazione motoria** (Se izvaja delovna ali fizioterapija) **Si** (Da) **No** (Ne)

Data inizio (Datum začetka) | | | |

Incontinenza urinaria (Inkontinenca za urin) **Assente** (Kontinenca) **Saltuaria** (Občasna incontinenca) **Completa** (Inkontinenca) **Cateterizzata****Incontinenza fecale** (Inkontinenca na blato) **Assente** (Kontinenca) **Saltuaria** (Občasna incontinenca) **Completa** (Inkontinenca)

Piaghe da decubito (Koža (rane, razjede zaradi pritiska))

Si (Da) **No** (Ne)

Stadio (Stadij)

Etilismo (Alkoholizem)

Si (Da) **No** (Ne)

STATO PSICHICO ATTUALE (Psihično stanje)

Orientamento nel tempo (Časovno orientiran)

Si (Da) **No** (Ne)

Orientamento nello spazio (Orientiran v prostoru)

Si (Da) **No** (Ne)

Malattie d'ordine psichico (Psihiatrične bolezni)

Si (Da) **No** (Ne)

Ha subito ricoveri in reparti od Ospedali psichiatrici (Zdravljenje v psichiatricni bolnišnici)

Si (Da) **No** (Ne)

Presenta anomalie nel comportamento (Prisotne vedenjske motnje)

Si (Da) **No** (Ne)

Soffre di sindrome ansiosa / depressiva (Boleha za sindromom tesnobnosti ali depresije)

Si (Da) **No** (Ne)

È in cura presso specialisti neuro psichiatrici o centri psico sociali (Se zdravi pri specialistu neuro psichiatru ali v psichio socialnem centru)

Si (Da) **No** (Ne)

Eventuali terapie in corso: (Morebitna terapija v teku)

Visus: (Vid)

Udito: (Sluh)

Alterazioni del Linguaggio: (Govorna komunikacija)

Altre notizie utili: (Druge posebnosti zdravstvenega stanja, ki so pomembne za izvajanje storitve:)

Luogo e data:

Timbro:

Firma del medico curante:

NOTA:

I richiedenti che arrivano dall'ospedale o da un trattamento in una casa di riposo in cui hanno soggiornato più di sette giorni o sono stati ricoverati negli ultimi sei mesi, prima di essere ammessi devono allegare un referto per l'infezione da MRSA ed eventuali altre infezioni.

È necessario effettuare uno striscio sulle pieghe della pelle, il tampone nasale o faringeo, in caso di ferite aperte anche uno striscio della ferita.

Per i richiedenti che arrivano da casa e negli ultimi sei mesi non sono stati ricoverati, in caso di ferite aperte è necessario effettuare uno striscio della ferita, in caso di catetere vescicale è necessario il tampone nasale o faringeo e lo striscio sulle pieghe della pelle.

I tamponi e lo striscio possono essere effettuati in laboratorio (è necessaria l'impegnativa del medico curante).

Il certificato medico e gli altri referti non devono avere data superiore ad un mese dalla consegna della domanda e dall'accettazione.