



RELAZIONE SANITARIA per inserimento Programma Ritornare a casa Plus

IL Sig./La Sign.ra _____ nato a _____

il ___/___/_____ residente in _____ Via _____

① Autosufficiente

② Parzialmente autosufficiente

③ A rischio di perdere l'autosufficienza

④ Non autosufficiente

Patologie pregresse:

Patologie in atto:

Condizioni psichiche/ Reattività emotiva:

Confusione e disorientamento

Depressione

Ansia

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

Problematichè che ostacolano adeguata assistenza al domicilio _____

Ospedale/ Clinica (spec.) _____

Altra Struttura (spec.) _____

Obiettivi dell'inserimento in Programma Ritornare a casa Plus

- ① Osservazione medico-infermieristica dopo risoluzione evento acuto grave senza accertamenti e con terapia stabilizzata
- ② In attesa di adeguamento delle condizioni familiari in relazione a mutate condizioni psico-fisiche
- ③ Sollievo, per breve periodo, alla famiglia di soggetto anziano e/o disabile
- ④ Soggetto non più assistibile a domicilio per pluralità di motivazioni di ordine sanitario e sociale
- ⑤ Altro _____

Data _____

Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale

N.B le visite domiciliari verranno effettuate se il medico proponente attesta i motivi sanitari di impossibilità a presentarsi nella sede della visita, perché lo spostamento del paziente sarebbe di pregiudizio per la sua salute.