

RELAZIONE SANITARIA PER :

- INSERIMENTO NEI CENTRI DI RIABILITAZIONE GLOBALE:** Centro scelto _____
- INSERIMENTO IN STRUTTURE SOCIORIABILITATIVE:** **Semiresidenziale** **Residenziale**
- INSERIMENTO IN RSA :** Centro scelto _____
- INSERIMENTO IN CDI :** Centro scelto _____
- INSERIMENTO IN ADI**

Sig./ ra _____ nato /a _____

Il ___ / ___ / _____ residente a _____ via _____ n° _____

Patologie pregresse _____

Patologie in atto _____

Condizioni psichiche / Reattività emotiva Confusione e disorientamento Depressione

Ansia Fasi di agitazione psicomotoria Episodi di aggressività

Allettato: SI NO da quanto tempo _____

Piaghe da decubito assenti presenti sede _____

Terapie in atto _____

Attualmente il paziente si trova: al proprio domicilio vive da solo Si No se no specificare _____

_____ supporto familiare adeguato inadeguato

Ospedale Clinica Altra struttura Problematiche che ostacolano adeguata assistenza

a domicilio _____

Medico Proponente

(Timbro e firma)

N. B. In caso di proposta di inserimento in riabilitazione *allegare progetto programma redatto da specialista di branca competente per menomazione o disabilità per la quale si chiede il trattamento.*

