Via San Piero in Palco, 22 - 50126 FIRENZE
infermeria@betaniafirenze.com
Telefono: 055 6532176

Fondazione Piccola Betania-ETS

Doc. aggiornato al 15.09.2026

RELAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Cognome e Nome assistito_____

- M
- F

Data di nascita _____

Data di compilazione_____

AREA (barrare la casella che interessa)

PATOLOGIE CARDIACHE

Diagnosi:

_____

_____

_____

_____

IPERTENSIONE

Diagnosi:

_____

_____

_____

_____

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)

Diagnosi:

_____

_____

_____

_____

APPARATO RESPIRATORIO

Diagnosi:

_____

_____

_____

_____

OCCHI / ORL (orecchio, naso, gola, laringe)

Diagnosi:

_____

_____

_____

_____

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)

Diagnosi:

_____

_____

_____

_____

APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)

Diagnosi:

_____

_____

_____

_____

FEGATO

Diagnosi:

_____

_____

_____

_____

RENE

Diagnosi:

_____

_____

_____

_____

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria)

Diagnosi:

_____

_____

_____

_____

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito)

Diagnosi:

_____

_____

_____

_____

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)

Diagnosi:

_____

_____

_____

_____

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni,sepsi, stati tossici

Diagnosi:

_____

_____

_____

_____

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

Diagnosi:

_____

_____

_____

_____

Descrizione	N O	SI	Se SI indicare:
Lesione da decubito	NO	SI	Sede: Stadio:
Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria	NO	SI	Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
Alimentazione artificiale	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza	NO	SI	Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento	NO	SI	Bastone e/o deambulatore: Carrozzina:

Protesi	NO	SI	Dentale: Acustica: Occhiali Altro:
Disorientamento tempo/spazio	NO	SI	Note:
Vagabondaggio	NO	SI	Note:
Agitazione psico-motoria	NO	SI	Note:
Inversione ritmo sonno-sveglia	NO	SI	Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
Allergie a farmaci	NO	SI	Specifica:
Allergie ad alimenti	NO	SI	Specifica:

Considerato quanto sopra descritto si dichiara:

SOGGETTO NON AUTOSUFFICIENTE cioè che versa in uno stato di temporanea, totale o parziale perdita di abilità fisica o psichica, che per recuperare in parte o del tutto la propria funzionalità ha bisogno di assistenza riabilitativa, intensiva e/o di assistenza medico-infermieristica specifica e di assistenza psico-sociale;

SOGGETTO AUTOSUFFICIENTE cioè soggetto in grado di eseguire le attività quotidiane senza l'aiuto di un assistente, sia esso un membro familiare o un caregiver. E' capace di lavarsi, vestirsi, camminare e muoversi negli spazi di casa senza dispositivi di assistenza alla mobilità

TERAPIA IN ATTO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici, ...). Elencare documentazione prodotta:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Recapito telefonico del Medico

_____

Firma del Medico

Data_____ _____

Progetto LA NOSTRA CASA SI RINNOVA 2022 - 2026
con il contributo di FONDAZIONE CR FIRENZE