



COMUNE DI GARBAGNATE MILANESE

SETTORE SERVIZI SOCIALI

Centro Polifunzionale Ca' del Di

Centro Diurno Integrato per Anziani

Autorizzazione al funzionamento n.539 del 20 dicembre 2005

RELAZIONE SANITARIA REDATTA DAL MEDICO CURANTE



Centro Polifunzionale Ca' del Di - Centro Diurno Integrato per Anziani
Via Bolzano, 22 Garbagnate Milanese Tel.02 78618601
E-mail: cadeldi@comune.garbagnate-milanese.mi.it

Cognome e nome _____

nata/o a _____ il _____

Residente a _____ via _____

Il paziente si trova attualmente:

a domicilio in ospedale

altezza peso Kg B.M.I.

polso bpm pressione arteriosa mmHg

NOTIZIE ANAMNESTICHE

Tabella 1 - Anamnesi patologica remota e prossima

Tabella 2 - Apparato cardiovascolare

Tabella 3 - Apparato respiratorio



Tabella 4 -Apparato digerente

Tabella 5 - Apparato uro-genitale

Tabella 6 - Apparato osteomuscolare

Tabella 7 - Apparato endocrino-metabolico



Si prega di barrare la risposta che interessa:

Il paziente è autonomo nel lavarsi	SI	NO
Il paziente è autonomo nel vestirsi	SI	NO
Il paziente è autonomo nell'utilizzo dei servizi igienici	SI	NO

Tabella 8 - Ulteriori informazioni

INCONTINENZA URINARIA	assente	saltuaria	completa	cateterizzata
INCONTINENZA FECALE	assente	saltuaria	completa	
DEAMBULAZIONE	buona	incerta	con appoggio	Impossibile
RIABILITAZIONE MOTORIA		SI	NO	se si da quando _____
PIAGHE DA DECUBITO		SI	NO	
ETILISMO		SI	NO	

Tabella 9 - Stato psichico attuale

• orientamento nel tempo	SI	NO		
• orientamento nello spazio	SI	NO		
• malattie di ordine psichico	SI	NO	quali?	_____
• ha subito ricoveri in reparti o ospedale psichiatrico?	SI	NO	quando ?	_____
• presenta anomalie del comportamento?	SI	NO	quali ?	_____
• soffre di sindrome ansioso - depressiva?	SI	NO		
• é in cura presso specialisti neuropsichiatrici o Centri Psicosociali ?	SI	NO		

Tabella 10 - Malattie infettive in corso

PUO' VIVERE IN COMUNITA' ? SI NO



Tabella 11 - Terapia in corso

NOME DEL FARMACO	mattino	pranzo	pomeriggio	cena	sera o notte

Tabella 12 - giorno di ricevimento in ambulatorio

lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì

Data _____

INDIRIZZO STUDIO MEDICO _____

Cell. _____

Tel _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO



Centro Polifunzionale Ca' del Di - Centro Diurno Integrato per Anziani
Via Bolzano, 22 Garbagnate Milanese Tel.02 78618601
E-mail: cadeldi@comune.garbagnate-milanese.mi.it