

RELAZIONE SANITARIA per inserimento in R.A.C.

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

il ___/___/___ residente in _____ Via _____

Autosufficiente

Parzialmente autosufficiente

A rischio di perdere l'autosufficienza

Non autosufficiente

Patologie in atto:

Patologia principale _____

altre patologie _____

Cure Domiciliari in atto Livello _____ dal _____

ricomprese tra 16/24 ore al giorno SI NO

Allettato:

NO SI: da quanto tempo _____

Plaghe da decubito:

assenti presenti: sede _____

Terapia in atto:

Si allega il Piano Attuativo degli Interventi (PAI) come richiesto da Delibera RAS 24/22 del 22/0272016

Note

Data _____

Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale