

**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