



Centro Residenziale Santo Stefano

Foligno

Via dell'Ospedale, 6 06034 Foligno PG

Tel. +39 0742 453200 | foligno@kosgroup.com

Sintesi della condizione clinica attuale

Ricovero RSA

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____ Peso _____ Altezza _____

Indirizzo di residenza _____ Telefono _____

Persona di riferimento _____ Recapiti _____

Il paziente si trova attualmente:

☐ Domicilio _____

☐ Reparto ospedaliero _____ (recapiti) _____

☐ Struttura riabilitativa _____ (recapiti) _____

☐ Struttura residenziale _____ (recapiti) _____

Prospettive di rientro a domicilio: ☐ certo ☐ probabile ☐ improbabile ☐ escluso

Diagnosi attuale _____

Data di insorgenza della patologia per cui si richiede il ricovero _____

Anamnesi patologica significativa _____

Dati clinici:

☐ Il paziente attualmente è: ☐ cosciente ☐ SMC ☐ SV ☐ coma;
☐ collaborante ☐ non collaborante ☐ orientato ☐ disorientato

☐ Disturbi del comportamento/agitazione: ☐ NO ☐ SI

☐ Malattie infettive e contagiose in atto: ☐ NO ☐ SI

☐ Allergie a farmaci: ☐ NO ☐ SI

(specificare) _____

KOS Care S.r.l. Sede Legale: Via Durini, 9 20122 Milano | Tel. +39 02 6713281

Sede Operativa: Via Aprutina, 194 62018 Porto Potenza Picena (MC) | Tel. +39 0733 689244

R.E.A. di Milano n. 2124636 | C.F., P.I. e iscrizione al Registro delle Imprese 01148190547

Capitale sociale € 2.550.000 i.v. | Direzione e Coordinamento art. 2497 cc: KOS SpA



Centro Residenziale Santo Stefano

Foligno

Trattamenti specifici in atto specifiche in atto:

- ☐ Dialisi _____
- ☐ Chemioterapia _____
- ☐ Radioterapia _____
- ☐ Altro _____

Lesioni da decubito: ☐ SI (sede e stadio) _____
☐ NO

☐ Altre ulcere cutanee: ☐ NO ☐ SI _____

☐ Respiro: ☐ autonomo ☐ autonomo mediante tracheocannula ☐ meccanico

☐ O2 terapia (se si specificare) _____

Nutrizione: ☐ os (specificare tipologia vitto) _____

☐ SNG (specificare tipo e quantità) _____

☐ PEG (specificare tipo e quantità) _____

☐ Parenterale _____

Apparato urinario: ☐ continente ☐ pannolone ☐ urocondom ☐ catetere vescicale

Alvo: ☐ regolare ☐ diarrea ☐ stipsi (specificare trattamento abituale) _____

Apparato cardio-vascolare: P.A. _____ Frequenza _____ Ritmo _____
compenso cardiocircolatorio ☐ scompenso (classe NYHA) _____

Arteriopatie periferiche: ☐ NO ☐ SI

☐ Trombosi venose: ☐ NO ☐ SI

☐ Pregresse (specificare) _____

☐ In atto (specificare) _____

Ausili propri: ☐ carrozzina ☐ deambulatore ☐ respiratore automatico ☐ ortesi/posizionamenti

Funzionalità motoria : spontaneamente si muove nel letto ☐ NO ☐ SI

Cambia postura da solo: ☐ NO ☐ SI ☐ CON AIUTO

Può mantenere la posizione seduta: ☐ NO ☐ SI

Può caricare sugli arti inferiori: ☐ NO ☐ SI

Cammina: ☐ NO ☐ SI ☐ Autonomo ☐ Con assistenza ☐ Con aiuto ☐ Senza appoggio

☐ Con appoggio ☐ Pochi passi ☐ Fino a 10mt ☐ Più di 10mt

Usa efficacemente le mani: ☐ NO ☐ SI



Centro Residenziale Santo Stefano

Foligno

Terapia farmacologica in atto (specificare tipo e posologia) _____

Data

Timbro e firma del medico

Recapiti del medico

KOS Care S.r.l. Sede Legale: Via Durini, 9 20122 Milano | Tel. +39 02 6713281

Sede Operativa: Via Aprutina, 194 62018 Porto Potenza Picena (MC) | Tel. +39 0733 689244

R.E.A. di Milano n. 2124636 | C.F., P.I. e iscrizione al Registro delle Imprese 01148190547

Capitale sociale € 2.550.000 i.v. | Direzione e Coordinamento art. 2497 cc: KOS SpA