

MODULO UNICO DI INGRESSO PER INSERIMENTO NEI POSTI LETTO ACCREDITATI NELLE R.S.A DELLA PROVINCIA DI LECCO

SEZ. 1 DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome e Nome

Luogo di nascita (Prov.) Data M F

Codice Fiscale

Residente a (Prov.) in via/piazza n.

Telefono/cell.

DOMICILIO IN ()

CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

PROVINCIA

VIA/PIAZZA N°

Telefono/cell.

EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

Cognome e Nome Telefono

Citta' via/piazza n. civico

Atto n. del Tribunale di

PERSONA DI RIFERIMENTO

COGNOME E NOME ETÀ

Residente a (Prov.) in via/piazza n.

GRADO DI PARENTELA Eventuale Fax o E - mail

Telefono/cell. Altri recapiti telefonici

ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:

AL PROPRIO DOMICILIO

PRESSO PROPRI FAMILIARI

IN OSPEDALE (INDICARE QUALE)

IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)

REPARTO

REPARTO

IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)

DA QUANTO TEMPO



Nome: Modulo Unico Ingresso RSA

<input type="checkbox"/> STATO DI SALUTE	→	<input type="checkbox"/> SOLITUDINE
<input type="checkbox"/> PROBLEMI FAMILIARI (specificare):	→	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare):
<input type="checkbox"/> CONDIZIONI ABITATIVE		<input type="checkbox"/> alloggio non adeguato
<input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA		<input type="checkbox"/> eventuale sfratto

SEZ. 2 DATI PERSONALI

IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:

<input type="checkbox"/> CONSENZIENTE	<input type="checkbox"/> INDIFFERENTE	<input type="checkbox"/> NON IN GRADO DI DECIDERE
<input type="checkbox"/> CONTRARIO	<input type="checkbox"/> NON INFORMATO	

LA RICHIESTA E' PER UN RICOVERO:

<input type="checkbox"/> TEMPORANEO	<input type="checkbox"/> DEFINITIVO
-------------------------------------	-------------------------------------

STATO CIVILE:

CELIBE / NUBILE
 CONIUGATO / A
 SEPARATO / A
 DIVORZIATO / A
 VEDOVO / A

SCOLARITA':

ANALFABETA
 LICENZA ELEMENTARE
 LICENZA DI SCUOLA MEDIA INFERIORE/ AVVIAMENTO
 SCUOLA PROFESSIONALE
 DIPLOMA SCUOLA MEDIA SUPERIORE
 LAUREA

PROFESSIONE ESERCITATA NEL PERIODO LAVORATIVO:

non ha mai lavorato

Settore		N. anni	
Settore		N. anni	
Settore		N. anni	

PENSIONE TIPO

<input type="checkbox"/> ANZIANITA' -VECCHIAIA (VO)	<input type="checkbox"/> REVERSIBILITÀ (SO)	<input type="checkbox"/> INVALIDITÀ SOCIALE (IO)
<input type="checkbox"/> ALTRO (indicare il tipo)	<input type="checkbox"/> NESSUNA PENSIONE	<input type="checkbox"/> ALTRO (indicare il tipo)

INVALIDITÀ CIVILE:

<input type="checkbox"/> IN CORSO	<input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA AL %	<input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA
-----------------------------------	--	---

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:

<input type="checkbox"/> NON RICONOSCIUTA	<input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA: (indicare il tipo)	→ <input type="checkbox"/> Cieco assoluto
		→ <input type="checkbox"/> Cieco con residuo visivo
<input type="checkbox"/> IN ATTESA		→ <input type="checkbox"/> Invalido 100% con accompagnamento
<input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA		→ <input type="checkbox"/> Sordomuto

RICONOSCIMENTO L. 104/92

<input type="checkbox"/> IN CORSO	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA
-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------	---

SEZ. 3 RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI

ABITAZIONE:

<input type="checkbox"/> DI PROPRIETA'	<input type="checkbox"/> IN AFFITTO
--	-------------------------------------

SITUAZIONE FAMILIARE:

<input type="checkbox"/> VIVE SOLO	DA QUANTO TEMPO?	<input type="checkbox"/> NON VIVE SOLO
------------------------------------	------------------	--

IL CONIUGE/CONVIVENTE E':

<input type="checkbox"/> AUTOSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENTE
--	---	--

NUMERO DI FIGLI VIVENTI

MASCHI N.

FEMMINE

NESSUN FIGLIO

ELENCO DEI PRINCIPALI FAMIGLIARI O PARENTI

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, via, n. civico)	TELEFONO	CONVIVENTE?	
1					<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO
2					<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO
3					<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO
4					<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO

SERVIZI TERRITORIALI di cui usufruisce:

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:

- IGIENE PERSONALE
 PULIZIA CASA
 ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA
 AIUTO PER LA SPESA
 PASTO CALDO
 TELESOCOCCORSO
 ALTRO (specificare):

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA:

- MEDICO DI BASE CON FREQUENZA:
 GERIATRA
 MEDICO SPECIALISTA:
 INFERMIERE PROFESSIONALE
 TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE
 ALTRO (specificare):

ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

- CENTRO PSICOSOCIALE UNITA' di VALUTAZIONE ALZHEIMER CENTRO DIURNO INTEGRATO

USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDI A DOMICILIO:

- CARROZZINA MATERASSO ANTIDECUBITO SOLLEVATORE
 ALTRO (specificare):

MEDICO CURANTE DR.

TEL.

SEZ. 4 Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Gentile Signore/a,

il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Desideriamo quindi informarLa che ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, (D.Lgs. 196/03), per poter accettare la presente domanda di ricovero e dar corso all'ammissione presso una R.S.A. è necessario che i soggetti gestori delle R.S.A. per le quali è presentata la domanda conoscano i dati personali del richiedente l'ammissione e i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso.

I dati personali e relativi allo stato di salute forniti o altrimenti acquisiti, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti, connessi e/o strumentali al procedimento di inserimento in R.S.A. formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria; ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza in R.S.A. non può prescindere dall'acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l'ammissione ritenuti utili.

Pertanto, in mancanza del conferimento di dati, la domanda di ammissione in R.S.A. non può essere accolta.

I dati acquisiti saranno comunicati all'A.S.L. della provincia di Lecco e alla Regione Lombardia per l'assolvimento del debito informativo prescritto dalla normativa regionale.

Si precisa che Titolare del trattamento è Il Legale Rappresentante della RSA.

Si ricorda inoltre che Lei potrà in qualunque momento far valere diritti previsti dall'art. 7 d. lgs.196/2003.

D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali - Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali.

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Dichiarazione di consenso

Il sottoscritto _____, in relazione alla presente domanda di ammissione in R.S.A. , e presa visione dell'informativa all'utenza sopra esposta, esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi allo stato di salute relativi al richiedente il ricovero, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa stessa.

Data _____ In fede _____

LA RICHIESTA VIENE INOLTRATA:

- DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO
- DA UN PARENTE _____ (specificare) _____
- ALTRO _____ (specificare) _____

NOME E COGNOME _____ Tel. _____

Firma _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE IN FOTOCOPIA ALLA DOMANDA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Carta d'identità | <input type="checkbox"/> Codice fiscale
(se non presente nella Carta Regionale dei Servizi) |
| <input type="checkbox"/> Carta Regionale dei Servizi | <input type="checkbox"/> Tessere di Esenzione |
| <input type="checkbox"/> Verbal di Invalidità | <input type="checkbox"/> Esiti visite o esami ematici e strumentali recenti |

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE PER L'INGRESSO IN RSA

Sig./Sig.ra _____

Data di nascita _____

Tessera sanitaria _____

Data compilazione _____

Sez. 1 **PATOLOGIE presenti e giudizio di gravità ***

	1	2	3	4	5
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave
Patologie cardiache Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione arteriosa Specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie vascolari Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie respiratorie Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie epatiche Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie renali Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie neurologiche centrali e periferiche (<i>escluse le demenze</i>) Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici) Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie psichiatrico-comportamentali (incluse le demenze) Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* **CIRS (CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE) – A CURA DEL PERSONALE MEDICO**

1 = Assente; nessuna compromissione d'organo/sistema.

2 = lieve; la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente.

3 = Moderato; la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona.

4 = Grave; la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.

5 = Molto grave; la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza il trattamento è urgente, la prognosi è grave.

Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nessuno | <input type="checkbox"/> Disfagia |
| <input type="checkbox"/> Stato nutrizionale soddisfacente | <input type="checkbox"/> Dieta frullata o omogeneizzata |
| <input type="checkbox"/> Obesità | <input type="checkbox"/> Nutrizione enterale <input type="checkbox"/> Sondino naso - gastrico |
| <input type="checkbox"/> Malnutrizione | <input type="checkbox"/> Gastrostomia (PEG) / Digiunostomia |
| <input type="checkbox"/> Rifiuto del cibo | <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale |
| <input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente | |
| <input type="checkbox"/> Si alimenta con aiuto | |
| <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente | |

Diabete mellito

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trattato con la sola dieta | <input type="checkbox"/> Insulinoterapia |
| <input type="checkbox"/> Farmaci antidiabetici orali | |

Lesioni cutanee

- | | | |
|---------------------|-------------|--------------|
| Lesioni da decubito | Sede: _____ | Stadio _____ |
| Lesioni vascolari | Sede: _____ | Stadio _____ |

Coma o stato vegetativo

Sclerosi Laterale Amiotrofica

Parola

- Normale
 Disartria
 Afasia

Vista ed udito

- Vede e sente bene
 Non vede
 Non sente
 Deficit corretto da protesi e/o occhiali in uso

Igiene

- Si lava autonomamente
 Necessita di aiuto per alcune operazioni igieniche
 Totalmente dipendente

Capacità di vestirsi / svestirsi

- Si veste/sveste autonomamente
 Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi
 Totalmente dipendente

Mobilità	Cadute negli ultimi 3 mesi
<input type="checkbox"/> Si muove autonomamente <input type="checkbox"/> Si muove con deambulatore <input type="checkbox"/> In carrozzina <input type="checkbox"/> Allettato	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> 1 – 3 volte <input type="checkbox"/> Più di tre volte
Terapia riabilitativa in corso	Assistenza respiratoria
<input type="checkbox"/> Post acuta <input type="checkbox"/> Di mantenimento	<input type="checkbox"/> Ossigeno occasionalmente <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia con O2 gassoso <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia con O2 liquido <input type="checkbox"/> Tracheotomia <input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica non invasiva <input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica invasiva
Minzione e Evacuazione	
<input type="checkbox"/> Utilizzo di presidi assorbenti per incontinenza <input type="checkbox"/> Cateterismo vescicale ad intermittenza <input type="checkbox"/> Cateterismo vescicale a permanenza <input type="checkbox"/> Ureterocutaneostomia	<input type="checkbox"/> Nefrostomia <input type="checkbox"/> Stipsi (bisogno di clisteri evacuativi) <input type="checkbox"/> Ileostomia/Colonstomia

Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore

<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Disforia/euforia e/o comportamenti disinibiti
<input type="checkbox"/> Perdita di memoria occasionale o per eventi recenti	<input type="checkbox"/> Deliri e allucinazioni
<input type="checkbox"/> Perdita di memoria severa o non rammenta nulla	<input type="checkbox"/> Stato ansioso
<input type="checkbox"/> Disorientamento nel tempo	<input type="checkbox"/> Tono dell'umore deflesso
<input type="checkbox"/> Disorientamento nello spazio	<input type="checkbox"/> Apatia, ritiro sociale, perdita di interessi
<input type="checkbox"/> Completa confusione senza capaci di relazione con l'esterno	<input type="checkbox"/> Repentini cambiamenti di umore
<input type="checkbox"/> Problemi di linguaggio e/o deficit di comprensione	<input type="checkbox"/> In cura presso Servizi Psichiatrici
<input type="checkbox"/> Mancato riconoscimento dei familiari	<input type="checkbox"/> Tentati suicidi
<input type="checkbox"/> Cammino incessante senza un preciso scopo o affaccendamento	<input type="checkbox"/> Etilismo attuale
<input type="checkbox"/> Urla o lamentazioni o vocalismi ripetitivi	<input type="checkbox"/> Etilismo pregresso
<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno (eventuale specifica)	<input type="checkbox"/> Negli ultimi 6 mesi, sono stati utilizzati mezzi di protezione/contenzione
<input type="checkbox"/> Aggressività verso sé e/o verso altri	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)
<input type="checkbox"/> Facile irritabilità	

Terapia dialitica

<input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/> Dialisi extracorporea
--	--

Radioterapia

Chemioterapia

Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____

Allergie a farmaci

NO
 SI' quali? _____

Vaccinazione antipneumococcica NO SI? se sì quando? _____

Il soggetto è esente allo stato attuale da malattie infettive e contagiose che ostacolano il vivere in comunità?

SI' NO

Eventuali note: _____

Timbro e firma del Medico

Telefono _____

Il sottoscritto ovvero il care giver afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

In fede, il Dichiarante _____

(in caso di persona diversa dal paziente specificare relazione con i/la paziente ovvero grado di parentela)

INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

Il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio dell'ASL di Lecco. La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai medici di famiglia di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una persona accolta in RSA o in un CDI. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

* CIRS (CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE)

- 1 = Assente; nessuna compromissione d'organo/sistema.
- 2 = Lieve; la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente.
- 3 = Moderato; la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona.
- 4 = Grave; la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
- 5 = Molto grave; la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza il trattamento è urgente, la prognosi è grave.

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

Ipertensione: il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;

Disturbi vascolari: comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;

Apparato gastroenterico superiore: comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari

Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo: comprende le lesioni da decubito

Patologie endocrino-metaboliche: includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.