

ALLEGATO AL CERTIFICATO MEDICO

COMPILAZIONE A CURA DEI FAMILIARI

SIGNOR/A _____

ETA' _____

MOBILITA'	Indipendente con o senza bastone <input type="checkbox"/>	Necessita di aiuto solo per salire le scale <input type="checkbox"/>	Si sposta autonomamente con tripode o girello <input type="checkbox"/>	Necessita sempre di un accompagnatore per pericolo di cadute <input type="checkbox"/>	Letto, in poltrona o in carrozzina <input type="checkbox"/>
ORIENTAMENTO	Normale <input type="checkbox"/>	Riconosce solo familiari e amici. Si orienta nel quartiere dove abita <input type="checkbox"/>	Riconosce solo i conviventi. Si orienta solo in casa sua <input type="checkbox"/>	A volte non riconosce i volti dei familiari. Ha difficoltà occasionali di orientato in casa <input type="checkbox"/>	Non riconosce nessuno e non si orienta in casa sua <input type="checkbox"/>
MEMORIA	Normale <input type="checkbox"/>	Occasionalmente smemorato <input type="checkbox"/>	Perdita di memoria per i fatti recenti <input type="checkbox"/>	Perdita di memoria per i fatti recenti e lontani <input type="checkbox"/>	
COMUNICAZIONE	Normale e chiara <input type="checkbox"/>	Ha difficoltà a comprendere ragionamenti complessi. Fa errori di logica e sintassi che prima non faceva <input type="checkbox"/>	Linguaggio povero. Chiede sovente di ripetere e talora capisce male <input type="checkbox"/>	Comprende solo ordini brevi e semplici. Si esprime con frasi corte o a monosillabi. Frequenti fraintendimenti. <input type="checkbox"/>	Non comunica e non comprende <input type="checkbox"/>
COLLABORAZIONE	Attiva <input type="checkbox"/>	Passiva ma si lascia aiutare <input type="checkbox"/>	Richiede incoraggiamenti e persuasione <input type="checkbox"/>	Non collabora e si distrae facilmente <input type="checkbox"/>	Completamente resistente <input type="checkbox"/>
IRREQUIETEZZA	Assente <input type="checkbox"/>	Lieve e/o saltuaria <input type="checkbox"/>	Discreta e/o frequente <input type="checkbox"/>	Prevalentemente notturna <input type="checkbox"/>	Continua <input type="checkbox"/>
RIPOSO NOTTURNO	Dorme in camera da solo, si alza e torna a letto autonomamente. <input type="checkbox"/>	Dorme in camera da solo. E' in grado di chiamare se ha bisogno <input type="checkbox"/>	Necessita di controllo continuo. Si alza da solo ma è disorientato. Tende ad allontanarsi <input type="checkbox"/>	Necessita di controllo e di spondine al letto per pericolo di cadute se si alza da solo <input type="checkbox"/>	E' allestito e incapace di alzarsi autonomamente <input type="checkbox"/>
ABBIGLIAMENTO	Corretto <input type="checkbox"/>	Corretto se gli abiti sono presentati nel giusto ordine <input type="checkbox"/>	Adeguate con minimo aiuto <input type="checkbox"/>	Necessita di collaborazione importante <input type="checkbox"/>	Deve essere vestito tende a spogliarsi <input type="checkbox"/>
IGIENE PERSONALE	Indipendente <input type="checkbox"/>	Minima supervisione solo per il bagno o la doccia <input type="checkbox"/>	Richiede aiuto per l'igiene intima, si lava mani e viso <input type="checkbox"/>	Deve essere aiutato e/o spronato, ma collabora <input type="checkbox"/>	Non si lava da solo e non collabora <input type="checkbox"/>
CONTINENZA	Completa <input type="checkbox"/>	Incidenti occasionali <input type="checkbox"/>	Incontinenza urinaria (pannolone) <input type="checkbox"/>	Incontinenza urinaria e fecale <input type="checkbox"/>	Porta catetere vescicale <input type="checkbox"/>
ALIMENTAZIONE	Autonoma <input type="checkbox"/>	I cibi devono essere tagliati <input type="checkbox"/>	Deve essere seguito e incitato <input type="checkbox"/>	Deve essere imboccato <input type="checkbox"/>	Portatore di sondino nasogastrico <input type="checkbox"/> Portatore di PEG <input type="checkbox"/>

SCHEDA DI INSERIMENTO

- RSA
 CDI
 RICHIESTA INVALIDITA'

Parte per la famiglia / caregiver

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ C.F. _____ Nato a _____ il ____ / ____ / ____ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI NO Ente erogatore _____ Invalidità SI NO Codice Invalidità _____
Modalità di gestione del reddito	<input type="checkbox"/> Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa _____ tel. _____
Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc.	
Provenienza Domicilio; Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniall.	<input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> definitivo <input type="checkbox"/> altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)	
Diete particolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____
Fumo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Alcool	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attività manuali	
• Capacità di nutrirsi:	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessità di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
• Masticazione:	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca
• Protesi dentaria:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì e la usa <input type="checkbox"/> Sì ma non la usa

Parte per la famiglia / caregiver

Nome _____	
Cognome _____	
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Bagno / doccia	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Continenza vescicale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere
Continenza intestinale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia
Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Vista	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Cecità
Udito	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Sordità
Capacità di leggere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Capacità di scrivere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterato
Mobilità	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato
Capacità di salire le scale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado
Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado

