



Nome e Cognome _____		NR _____
Data _____		
<input type="checkbox"/> Lista Molina <input type="checkbox"/> Lista ATS	Tipologia di ricovero: <input type="checkbox"/> RSA (tempo indeterminato) <input type="checkbox"/> ALZHEIMER <input type="checkbox"/> RSA (tempo determinato) <input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO <input type="checkbox"/> STATI VEGETATIVI/SLA/ TRACHEOTOMIZZATI/PATOLOGIE SPECIALI	

VALUTAZIONE DELL'AUTOSUFFICIENZA (Barthel, 1975)	dipend. totale	tentavi senza successo	azioni con aiuto moderato	azioni con aiuto minimo	totale autonomia
igiene personale	0	1	3	4	5
fare il bagno	0	1	3	4	5
mangiare	0	2	5	8	10
usare il wc	0	2	5	8	10
fare le scale	0	2	5	8	10
vestirsi	0	2	5	8	10
controllo urine	0	2	5	8	10
controllo alvo	0	2	5	8	10
camminare	0	3	8	12	15
*carrozzina (compilare se incapace di camminare)	0	1	3	4	5
trasferimenti letto-sedia	0	3	8	12	15

CONFUSIONE	
E' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente	
Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo	
E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe	
E' completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata	

IRRITABILITA'	
Non mostra segni di irritabilità ed è calmo	
Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete	
Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare	
Qualsiasi contatto è causa di irritabilità	

IRREQUIETEZZA	
Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità	
Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi, tocca continuamente i vari oggetti	
Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente; si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano	
Irrequieto ed incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo (se in grado: cammina avanti e indietro incessantemente, senza fermarsi)	



TENDENZA ALL'ALLONTANAMENTO	SI	NO
Tende a muoversi autonomamente senza avvisare, anche in contesti familiari e/o non familiari		
Ha episodi di disorientamento che lo/la portano a cercare uscite o non riconoscere l'ambiente		
Si agita o diventa irrequieto/a quando si trova in spazi chiusi o percepisce di non poter uscire		

SITUAZIONE ABITATIVA	
<input type="checkbox"/> casa di proprietà	<input type="checkbox"/> affitto <input type="checkbox"/> altro (specificare)
<input type="checkbox"/> abitazione idonea	<input type="checkbox"/> importanti barriere architettoniche
<input type="checkbox"/> piccole barriere architettoniche	<input type="checkbox"/> abitazione non idonea
SUPPORTO INFORMALE	
<input type="checkbox"/> parenti che si occupano dell'assistenza <input type="checkbox"/> parenti che per ragioni oggettive si occupano dell'assistenza parzialmente <input type="checkbox"/> parenti non in grado di soddisfare i bisogni assistenziali dell'anziano in presenza di condizioni cliniche severe <input type="checkbox"/> parenti che non si occupano dell'assistenza <input type="checkbox"/> vicini di casa/ conoscenti <input type="checkbox"/> senza parenti <input type="checkbox"/> badante: <input type="checkbox"/> fissa <input type="checkbox"/> a ore	
SERVIZI SOCIO - ASSISTENZIALI UTILIZZATI	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> assistenza domiciliare (<input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> RSA APERTA) <input type="checkbox"/> centro diurno <input type="checkbox"/> altra struttura

SITUAZIONE PENSIONISTICA
<input type="checkbox"/> nessuna pensione
<input type="checkbox"/> anzianità/vecchiaia (VO)
<input type="checkbox"/> sociale (PS)
<input type="checkbox"/> tipologia speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc....)
<input type="checkbox"/> reversibilità (SO)
<input type="checkbox"/> invalidità (IO)
<input type="checkbox"/> invalidità civile (percentuale_____) <input type="checkbox"/> altro (specificare)
Importo mensile _____
Indennità di accompagnamento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, presentata domanda

MEDICO ASSISTENZA PRIMARIA

Dott. _____

Tel. _____

NOTE