

ALLEGATO 5 – MODULO 1 (da compilarsi a cura del Medico di famiglia)

OSPITE

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: M F

Nato/a a: _____ Il giorno: _____

Residente a: _____ Via e n. civico: _____

CONDIZIONI GENERALI ATTUALI:

BUONE

MEDIOCRI

COMPROMESSE

E' IN GRADO DI COLLABORARE: SI NO

NECESSITA DI ASSISTENZA GENERICA: SI NO

NECESSITA DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA RIABILITATIVA: SI NO

MOBILITÀ

PUÒ SALIRE O SCENDERE LE SCALE: SI NO

PUÒ CAMMINARE DA SOLO: SI NO

PUÒ CAMMINARE CON AIUTO: SI NO

PUÒ CAMMINARE CON PROTESI: SI NO

SI SPOSTA CON CARROZZELLA: SI NO

ALLETTATO: SI NO

GRADO DI AUTONOMIA

SI VESTE DA SOLO: SI NO SI CON AIUTO

SI LAVI: SI NO SI CON AIUTO

E' IN GRADO DI FARE IL BAGNO DA SOLO: SI NO SI CON AIUTO

UTILIZZA DA SOLO I SERVIZI IGIENICI: SI NO

MANGIA DA SOLO: SI NO SI CON AIUTO

SCRIVE: SI NO

LEGGI: SI NO

STATO PSICHICO

PSICHE INTEGRA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CON FASI DI CONFUSIONE:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CON FASI DI DISORIENTAMENTO:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CON FASI DI AGITAZIONE PSICOMOTORIA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PRESENTA DIFFICOLTÀ RELAZIONALI:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PUÒ DETERMINARE PROBLEMI DI SERVIZIO:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

STATO SENSORIO

CECITÀ	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IPOVISUS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SORDITÀ	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IPOACUSIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MUTISMO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DISARTRIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DISFASIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	AFASIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

CONTINENZA SFINTERI

INCONTINENZA VESCICA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
INCONTINENZA ANALE:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
E' PORTATORE DI CATETERE:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ASSISTENZA SANITARIA

E' IN GRADO DI ASSUMERE AUTONOMAMENTE LE TERAPIE:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
NECESSITA DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA TEMPORANEA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
NECESSITA DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA CONTINUATIVA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
NECESSITA DI DIETE SPECIALI:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

EVENTUALI ALTRE CONDIZIONI AGGRAVANTI

ATTUALI CONDIZIONI PSICO

Autosufficiente-AUT

Necessita di prestazioni socio-assistenziali (20 minuti assistenziali al giorno)

Non autosufficiente parziale- NAP

Necessita di prestazioni socio-sanitarie di media intensità (80 minuti assistenziali e 20 minuti infermieristici al giorno)

Non autosufficiente totale- NAT

Necessita di prestazioni socio-sanitarie di elevata intensità (100 minuti assistenziali e 20 minuti infermieristici al giorno)

_____ li, _____

Firma e timbro del medico curante