



FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.
DESENZANO DEL GARDA (BS)

VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE
(riservata al medico di Medicina Generale)

Nome _____
(nome e cognome assistito/a)

data nascita ____/____/____

Attività avanzate della vita quotidiana (I.A.D.L.)

(SI: funzione conservata; NO: funzione persa)

Capacità di usare il telefono	SI	NO	Biancheria	SI	NO
Fare acquisti	SI	NO	Utilizzo mezzi di trasporto	SI	NO
Preparazione del cibo	SI	NO	Responsabilità nell'uso dei farmaci	SI	NO
Governo della casa	SI	NO	Capacità di maneggiare il denaro	SI	NO

Attività di base

(Grado di autonomia nelle attività di base)

Funzione	Incapace di eseguire il compito	Tenta di eseguire il compito ma è incapace	Richiesta di aiuto moderato	Richiesto aiuto minimo	Totalmente autonomo
Igiene personale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Fare il bagno	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Alimentazione	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Uso toilette	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Fare le scale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Vestirsi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Sfintere intestini.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Sfintere vescicale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Trasferimenti	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Deambulazione	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Uso carrozzina	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10

Profilo cognitivo e comportamentale:

funzioni corticali superiori:

Funzione	Normale	Deficit		
		Lieve	Moderato	Grave
Memoria				
Orientamento spaziale				
Orientamento nel tempo				
Giudizio critico				
Linguaggio/comprendione				
Riconoscimento persone				

Disturbi del comportamento

	assente	lieve	mod.	grave		assente	lieve	mod.	grave
Deliri					Depressione				
Wandering					Anoressia				
Aggressività					Irritabilità				
Allucinazioni					Insomnia				



FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.
DESENZANO DEL GARDA (BS)

DIAGNOSI NOTE IN ORDINE DI GRAVITA'

01	Patologia	Gravità*			
		1	2	3	4
02		1	2	3	4
03		1	2	3	4
04		1	2	3	4
05		1	2	3	4
06		1	2	3	4
07		1	2	3	4
08		1	2	3	4
09		1	2	3	4
10		1	2	3	4
11		1	2	3	4
12		1	2	3	4

* 1: lieve; 2: moderata; 3: grave; 4: molto grave.

Eventuali ricoveri ospedalieri e/o interventi chirurgici rilevanti:

Data: ___/___/___; problema clinico: _____

Data: ___/___/___; problema clinico: _____

Interventi sanitari specifici: catetere vescicale a dimora; SNG (sondino naso-gastrico)

P.E.G. (protesi endo-gastrica per nutrizione enterale); Ossigenoterapia domiciliare;

Piaghe da decubito (stadio___); Colostomia; Cure palliative; Altro_____

Terapia in atto: _____

Data : ___/___/___

Firma e timbro del medico

=====

Si certifica che _____ è affetto/a non è affetto/a
(nome e cognome assistito/a)

da patologie infettive in atto o pregresse che ne controindicano l'inserimento in comunità.

Data : ___/___/___

Firma e timbro del medico
