



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

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE / SPECIALISTA

Mod. 1.1.2 - rev. 2 del 03-2025

Sig./Sig.ra _____ Data di nascita _____

SEZIONE PATOLOGIE IN ATTO

	ASSENTE	LIEVE	MODERATA	GRAVE	MOLTO GRAVE
CARDIACA (solo cuore)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
VASCOLARI (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
IPERTENSIONE (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
RESPIRATORIE (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
APPARATO G.I. SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
APPARATO G.I. INFERIORE (intestino, ernie)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
EPATICHE (solo fegato)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
RENALI (solo rene)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
SISTEMA MUSCOLO- SCHELETRICO-CUTE (muscoli, scheletro, legamenti)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO (non include la demenza)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
ENDOCRINE – METABOLICHE (include diabete, infezioni, stati tossici)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					
PSICHIATRICO – COMPORTAMENTALI (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5
Diagnosi.....					

Legenda patologie in atto:

1-**Assente** nessuna compromissione di 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 (es.abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)

3-**Moderato** la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, diabete, fratture)

4-**Grave** la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)

5-**Molto grave** la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia)



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

FUNZIONE

	Dipendenza completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosufficienza
	1	2	3	4	5
DEAMBULAZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USO DEL WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTINENZA INTESTINALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTINENZA URINARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIRSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IGIENE PERSONALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAGNO/DOCCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>DISTURBI DEL COMPORTAMENTO</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONFUSIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRRITABILITA'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRREQUIETEZZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>ASPETTI PSICO-SENSORIALI</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPACITA' DI COMUNICARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UDITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEMENZA: NO SI se si MMSE /30

DISTURBI COMPORTAMENTALI NO SI

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Deliri | <input type="checkbox"/> Allucinazioni |
| <input type="checkbox"/> Agitazione | <input type="checkbox"/> Depressione/disforia |
| <input type="checkbox"/> Ansia Euforia/esaltazione | <input type="checkbox"/> Apatia/indifferenza |
| <input type="checkbox"/> Disinibizione | <input type="checkbox"/> Irritabilità/labilità |
| <input type="checkbox"/> Attività motoria (wandering) | <input type="checkbox"/> Sonno |
| <input type="checkbox"/> Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione | |



FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

DESENZANO DEL GARDA (BS)

- MALATTIA PROGRESSIVA S.N.C.:** NO SI
- ESITI DI ICTUS:** NO SI
- RECENTI FRATTURE (ultimi 6 mesi):**
- TRAUMA/INTERVENTO CHIRURGICO:** NO FRATTURA FEMORE ALTRE FRATTURE
- DIPENDENZA** NO ALCOOL STUPEFACENTI ALTRO
- NEOPLASIA MALIGNA:** NO SI
- LESIONI DA DECUBITO** NO SI
- CATETERE URINARIO** NO SI
- CONTENZIONE PERMANENTE** NO SI SOLO SPONDINE
- AUSILI PER IL MOVIMENTO** NO bastone/gruccia arto artificiale carrozzina
- GESTIONE INCONTINENZA** NO
 catetere vescicale ano artificiale presidi assorbenti
- GESTIONE DIABETE** NO solo dieta antidiabetici orali insulina
- ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE** NO Sondino Naso Gastrico
 PEG RIG Parenterale Totale
- INSUFFICIENZA RESPIRATORIA** NO
 O2 Terapia (L/min:) ventilazione assistita invasiva
- TRATTAMENTO DIALITICO** NO
 dialisi peritoneale dialisi extracorporea (n° ____ volte/sett)

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO:

Data ____/____/____

Firma e Timbro del Medico _____