

Signor/a _____ data di nascita _____

Condizioni sanitarie (CIRS) (obbligo di precisare le patologie)

ACV (solo cuore) _____	1	2	3	4	5

Ipertensione (si valuta la severità, considerare gli organi coinvolti separatamente) _____	1	2	3	4	5

Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) _____	1	2	3	4	5

Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) _____	1	2	3	4	5

O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) _____	1	2	3	4	5

Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) _____	1	2	3	4	5

Apparato G.I. inferiore (intestino, ernie) _____	1	2	3	4	5

Patologie epatiche (solo fegato) _____	1	2	3	4	5

Patologie renali (solo rene) _____	1	2	3	4	5

Altre genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) _____	1	2	3	4	5

Sistema muscolo-scheletrico – cute _____	1	2	3	4	5

Sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza) _____	1	2	3	4	5

Endocrino-metabolico (include diabete, infezioni, stati tossici) _____	1	2	3	4	5

Psichiatrico-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) _____	1	2	3	4	5

Leggenda patologie in atto: 1 – Assente; 2 – Lieve; 3 – Moderato; 4 – Grave; 5 – Molto grave;

Altri problemi sanitari

(qualora non fosse compilato niente è da intendersi che non esistono tali patologie)

Diete particolari |__| _____ Disfagia |__| SNG/PEG |__|

Patologia oncologica avanzata |__| _____ Stato Vegetativo Persistente |__|

Sclerosi Multipla |__| Sclerosi Laterale Amiotrofica |__| Ossigenoterapia |__| Tracheotomia |__|

Patologia psichiatrica |__| _____ Alcoolismo |__| Tabagismo |__|

Malattie infettive: |__| _____ Presenza lesioni de decubito |__| _____

Altro (specificare) _____

Note _____

Terapie in atto (obbligatorio):

Funzioni cognitivo-comportamentali (obbligatorio)

	grave	moderato	lieve	assente
Confusione disorientamento spazio-temporale, turbe della memoria) _____	1	2	3	4
Irritabilità _____	1	2	3	4
Agitazione motoria _____	1	2	3	4
Deambulazione afinalistica _____	1	2	3	4
Aggressività verbale e fisica, vocalizzi _____	1	2	3	4
Deliri _____	1	2	3	4
Ansia _____	1	2	3	4
Depressione _____	1	2	3	4
Insonnia _____	1	2	3	4

Funzioni psico-sensoriali (obbligatorio)

	assente	limitata	integra
Capacità di comunicare _____	1	2	3
Vista _____	1	2	3
Udito _____	1	2	3

Valutazione dell'autonomia nelle ADL (Indice di Barthel) (obbligatorio)

	1 dipendenza completa	2 dipendenza grave	3 dipendenza moderata	4 dipendenza lieve	5 autosuff.
igiene personale	0	1	3	4	5
bagno/doccia	0	1	3	4	5
toilette/uso servizi	0	2	5	8	10
continenza urinaria	0	2	5	8	10
continenza intestinale	0	2	5	8	10
abbigliamento	0	2	5	8	10
alimentazione	0	2	5	8	10
trasferimento letto-sedia	0	3	8	12	15
scale	0	2	5	8	10
deambulazione	0	3	8	12	15
* <i>uso carrozzina</i>	0	1	3	4	5

Punteggio Barthel _____ / 100

Note:.....

Data _____

Timbro e firma del medico _____