

**CERTIFICATO MEDICO**
(da compilare in ogni sua parte)**MINI
ALLOGGI**

Signor/a _____ Luogo e data di nascita _____

Medico curante _____ Ass. Sociale di riferimento _____

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

	1 dipendenza completa	2 dipendenza grave	3 dipendenza moderata	4 dipendenza lieve	5 autosuff.
deambulazione	0	3	8	12	15
locomozione su sedia a rotelle	0	1	3	4	5
scale	0	2	5	8	10
trasferimento letto/sedia	0	3	8	12	15
Toilette uso dei servizi	0	2	5	8	10
continenza intestinale	0	2	5	8	10
continenza urinaria	0	2	5	8	10
alimentazione	0	2	5	8	10
abbigliamento	0	2	5	8	10
igiene personale	0	1	3	4	5
bagno/doccia	0	1	3	4	5

Punteggio Barthel _____ / 100

Funzioni cognitivo-comportamentali (obbligatorio)

	grave	moderato	lieve	assente
Confusione (disorientamento spazio-temporale, turbe della memoria)	1 (6)	2 (4)	3 (2)	4 (0)
Irritabilità.....	1	2	3	4
Irrequietezza.....	1 (6)	2 (4)	3 (2)	4 (0)
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

Note

.....

.....

 FONDAZIONE CASA DI DIO ONLUS	FONDAZIONE CASA DI DIO ONLUS		
	Titolo del documento CERTIFICATO MEDICO (da compilare in ogni sua parte)	Codice	Struttura MINI ALLOGGI

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

ACV (solo cuore)	1	2	3	4	5
Iperensione (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 _____ Alcolismo Tabagismo
 Malattie infettive: _____ Presenza lesioni de decubito _____
 Altro (specificare) _____
 Note _____

STATO VACCINALE SARS-COVID 19: 1° DOSE 2° DOSE 3° DOSE 4° DOSE 5° DOSE ESONERATO
 (ALLEGARE DOCUMENTAZIONE DI ESENZIONE) ALTRO _____

Terapie in atto (obbligatorio):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



CERTIFICATO MEDICO
(da compilare in ogni sua parte)

**MINI
ALLOGGI**

SCHEDA RILEVAZIONE AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)

USO DEL TELEFONO

Autonomo	3
Solo numeri noti	2
Risponde, non chiama	1
Incapace	0

AMMINISTRAZIONE FINANZE

Autonomo	2
Piccoli acquisti	1
Incapace	0

ACQUISTI NEI NEGOZI

Autonomo	3
Solo piccoli acquisti	2
Necessita di assistenza	1
Incapace	0

USO DEI MEZZI DI TRASPORTO

Autonomo	4
Con taxi non con mezzi pubblici	3
Mezzi pubblici se accompagnato	2
Taxi o auto con aiuto	1
Incapace	0

USO DEI MEDICINALI

Autonomo	2
In dosi già preparate	1
Incapace	0

RIEPILOGO

Attività strumentali IADL _____/14

14 - 10 autonomia nelle IADL
 09 - 05 parziale autonomia nelle IADL
 04 - 00 totale dipendenza nelle IADL

Note:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data _____

Timbro e firma del medico _____