



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

.....

.....



CERTIFICATO MEDICO
(da compilare in ogni sua parte)

**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 _____