

Signor/a _____ data di nascita _____

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 |__| _____ Alcoolismo |__| Tabagismo |__|

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

Altro (specificare) _____

Note _____

INSERIRE STATO VACCINALE

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
* uso carrozzina	0	1	3	4	5

Punteggio Barthel _____ / 100

**SCHEMA 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

9-5 parziale autonomia nelle IADL

4-0 totale dipendenza nelle IADL

Note:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data _____

Timbro e firma del medico _____