



LETTERA DI IMPEGNO

M 001/2014

SCHEDA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICO FISICHE DI AUTONOMIA

COGNOME: NOME:

NATO/A IL

RESIDENTE A: VIA N.....

VALUTAZIONE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE AL MOMENTO DELLA DOMANDA

VALUTAZIONE PRIMA DELL'INGRESSO DA PARTE DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA

CONDIZIONI GENERALI ATTUALI

BUONE MEDIOCRI GRAVI

BUONE MEDIOCRI GRAVI

E' IN GRADO DI COLLABORARE?

SI' NO

SI' NO

MOBILITA':

Può salire o scendere le scale?

SI' NO

SI' NO

Può camminare autonomamente?

SI' NO

SI' NO

Può camminare con aiuto?

SI' NO

SI' NO

Può camminare con protesi?

SI' NO

SI' NO

Si sposta in carrozzella?

SI' NO

SI' NO

Allettamento dal

Allettamento dal

ALIMENTAZIONE

Mangia autonomamente?

SI' NO

SI' NO

Necessita di imboccamento?

SI' NO

SI' NO

Si alimenta tramite SNG/PEG?

SI' NO

SI' NO

E' in nutrizione parenterale?

SI' NO

SI' NO

IGIENE PERSONALE

Si lava autonomamente?

SI' NO

SI' NO

Necessita di aiuto?

SI' NO

SI' NO

Necessita di aiuto solo per il bagno?

SI' NO

SI' NO

Utilizza in autonomia i servizi igienici?

SI' NO

SI' NO

Utilizza con aiuto i servizi igienici?

SI' NO

SI' NO

INCONTINENZA URINARIA

SI' NO

SI' NO

INCONTINENZA FECALE

SI' NO

SI' NO

COMUNICAZIONE

Parla?

SI' NO

SI' NO

Comprende?

SI' NO

SI' NO

Legge?

SI' NO

SI' NO

Scrive?

SI' NO

SI' NO

Presenza di ipovisus

SI' NO

SI' NO

Presenza di cecità

SI' NO

SI' NO

Presenza di ipoacusia

SI' NO

SI' NO

Presenza di sordità

SI' NO

SI' NO



LETTERA DI IMPEGNO

M 001/2014

VESTIZIONE in autonomia

SI'	NO
SI'	NO

VESTIZIONE con aiuto

PSICHE integra

SI'	NO
-----	----

DEMENZA

(se presente definire la tipologia)

SI'	NO
-----	----

Con deliri?

Con agitazione psicomotoria?

SI'	NO
-----	----

SI'	NO
-----	----

Presenza di lesioni da decubito

Se presenti specificare:

STADIO

NUMERO LESIONI

AREA

VASTITA' (cm.)

PROFONDITA' (mm.)

Ossigenoterapia

(se presente riportare tempi erogazione)

SI'	NO
-----	----

Altre indicazioni cliniche e terapeutiche

Data: _____

Firma Medico MG

SI'	NO
SI'	NO

SI'	NO
-----	----

SI'	NO
-----	----

(se presente definire la tipologia)

SI'	NO
-----	----

SI'	NO
-----	----

SI'	NO
-----	----

Se presenti specificare:

STADIO.....

NUMERO LESIONI

AREA

VASTITA' (cm.)

PROFONDITA' (mm.)

SI'	NO
-----	----

(se presente riportare tempi erogazione)

Data: _____

Firma Operatori