



CASA AMALIA ABERTI

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE[illegible]

Malattie infettive e diffusive	NO ☐	SI ☐	_____
Alcolismo	NO ☐	SI ☐	_____
In cura al SSM	NO ☐	SI ☐	_____
Vaccinazione anticovid-19	NO ☐	SI ☐	_____
Disorientamento/Demenza	NO ☐	SI ☐	_____

Terapia in corso

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Utilizzo di protesi

Ortopediche	NO ☐	SI ☐	_____
Acustiche	NO ☐	SI ☐	_____
Pace maker	NO ☐	SI ☐	_____
Ano preternatur.	NO ☐	SI ☐	_____

Esigenze dietetiche	NO ☐	SI ☐	_____
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------

Attività funzionali della vita quotidiana (ADL)	
1. MUOVERSI NELL'ALLOGGIO senza difficoltà ☐ da solo con difficoltà ☐ aiutato parzialmente ☐ con aiuto totale ☐	4. MANGIARE senza difficoltà ☐ da solo con difficoltà ☐ aiutato parzialmente ☐ con aiuto totale ☐
2. MUOVERSI FUORI CASA senza difficoltà ☐ da solo con difficoltà ☐ aiutato parzialmente ☐ con aiuto totale ☐	5. VESTIRSI E SPOGLIARSI senza difficoltà ☐ da solo con difficoltà ☐ aiutato parzialmente ☐ con aiuto totale ☐

3. FARE IL BAGNO O LA DOCCIA senza difficoltà ☐ da solo con difficoltà ☐ aiutato parzialmente ☐ con aiuto totale ☐	6. ANDARE IN BAGNO PER I PROPRI BISOGNI senza difficoltà ☐ da solo con difficoltà ☐ aiutato parzialmente ☐ con aiuto totale ☐
---	--

Attività strumentali della vita quotidiana (IADL)	
1. USARE IL TELEFONO senza difficoltà ☐ da solo con difficoltà ☐ aiutato parzialmente ☐ con aiuto totale ☐	4. CUCINARE O RISCALDARE PASTI senza difficoltà ☐ da solo con difficoltà ☐ aiutato parzialmente ☐ con aiuto totale ☐
2. PRENDERE LE MEDICINE senza difficoltà ☐ da solo con difficoltà ☐ aiutato parzialmente ☐ con aiuto totale ☐	5. PRENDERSI CURA DELLA CASA senza difficoltà ☐ da solo con difficoltà ☐ aiutato parzialmente ☐ con aiuto totale ☐
3. FARE LA SPESA O COMPERE senza difficoltà ☐ da solo con difficoltà ☐ aiutato parzialmente ☐ con aiuto totale ☐	6. PAGARE CONTI O BOLLETTE senza difficoltà ☐ da solo con difficoltà ☐ aiutato parzialmente ☐ con aiuto totale ☐
7. MEZZI DI TRASPORTO/SPOSTAMENTI senza difficoltà ☐ da solo con difficoltà ☐ aiutato parzialmente ☐ con aiuto totale ☐	

Eventuali aspetti delle condizioni di salute o di capacità/disabilità rilevanti ai fini dell'inserimento in una piccola comunità residenziale di persone anziane di tipo quasi-familiare:

.....

.....

.....

INDICE DI BARTHEL

Alimentazione

- ☐ = incapace
- ☐ = necessita di assistenza
- ☐ = indipendente

Fare il bagno

- ☐ = dipendente
- ☐ = indipendente

Igiene personale

- ☐ = necessita di aiuto
- ☐ = indipendente

Vestirsi

- ☐ = dipendente
- ☐ = necessita di aiuto
- ☐ = indipendente

Continenza fecale

- ☐ = incontinente
- ☐ = occasionali incidenti o necessità di aiuto
- ☐ = continente

Continenza urinaria

- ☐ = incontinente
- ☐ = occasionali incidenti o necessità di aiuto
- ☐ = continente

Trasferimenti al bagno

- ☐ = dipendente
- ☐ = necessita di qualche aiuto
- ☐ = indipendente con l'uso del bagno o della padella

Trasferimenti sedia/letto

- ☐ = incapace
- ☐ = massima assistenza per trasferirsi
- ☐ = minima assistenza e supervisione
- ☐ = indipendente

Deambulazione

- ☐ = incapace
- ☐ = indipendente con la carrozzina per > 45m
- ☐ = necessita di aiuto di una persona per > 45m
- ☐ = indipendente per più di 45m, può usare ausili

Salire le scale

- ☐ = incapace
- ☐ = necessità di aiuto o supervisione
- ☐ = indipendente

COMPORTAMENTO

	Mai	raramente	qualche volta	spesso
Vocalizzazione	☐	☐	☐	☐
Aggressività verbale	☐	☐	☐	☐
Aggressività fisica	☐	☐	☐	☐
Agitazione, ansia	☐	☐	☐	☐
Attività motoria continua (affaccendamento, wondering)	☐	☐	☐	☐
Allucinazioni	☐	☐	☐	☐
Disturbi del sonno	☐	☐	☐	☐

ORIENTAMENTO

	Mai	raramente	qualche volta	sempre
Conosce la data di oggi	☐	☐	☐	☐
Conosce dove si trova	☐	☐	☐	☐
sa quanti anni ha	☐	☐	☐	☐
riesce a orientarsi all'interno della struttura/abitazione	☐	☐	☐	☐
riesce a orientarsi all'esterno della struttura/abitazione	☐	☐	☐	☐
Note:				

RAPPORTI SOCIALI

	Mai	raramente	qualche volta	spesso
Attività in autonomia all'interno della struttura/abitazione (es. lettura, lavori manuali...)	☐	☐	☐	☐
Attività guidate all'interno della struttura/abitazione	☐	☐	☐	☐
Riceve visite dai familiari	☐	☐	☐	☐
Riceve visite da conoscenti	☐	☐	☐	☐
Attività sociali all'esterno della struttura/abitazione	☐	☐	☐	☐
Note:				

Attuale terapia e posologia (da indicare in modo dettagliato):

NOME FARMACO

POSOLOGIA

Luogo _____

Data _____

IL MEDICO CURANTE

Numero di telefono del medico curante _____