



# Clementino Vannetti

## Servizio socio-assistenziale residenziale per persone anziane parzialmente autosufficienti

# CASA AMALIA ALBERTI

Rovereto, via della Terra, civico 45

## **CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

Si chiede al medico di medicina generale di compilare la presente scheda, che sarà utilizzata per la valutazione della domanda di ammissione alla Casa Amalia Alberti, in particolare per l'accertamento della compatibilità dello stato di salute, del rischio di malattia o fragilità e delle capacità o disabilità della persona, con il livello di protezione socio-assistenziale assicurato dal servizio residenziale.

**Cognome e nome dell'assistito**

**Data di nascita** **Sesso** **M** **F**

## Medico curante

## Cenni anamnestici e malattie attuali

Malattie infettive e diffuse	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> _____
Alcolismo	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> _____
In cura al SSM	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> _____
Vaccinazione anticovid-19	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> _____
Disorientamento/Demenza	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> _____

### Terapia in corso

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

### Utilizzo di protesi

Ortopediche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> _____
Acustiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> _____
Pace maker	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> _____
Ano preternatur.	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> _____

**Esigenze dietetiche** NO  SI  \_\_\_\_\_

Attività funzionali della vita quotidiana (ADL)		
1. MUOVERSI NELL'ALLOGGIO		4. MANGIARE
senza difficoltà <input type="checkbox"/>		senza difficoltà <input type="checkbox"/>
da solo con difficoltà <input type="checkbox"/>		da solo con difficoltà <input type="checkbox"/>
aiutato parzialmente <input type="checkbox"/>		aiutato parzialmente <input type="checkbox"/>
con aiuto totale <input type="checkbox"/>		con aiuto totale <input type="checkbox"/>
2. MUOVERSI FUORI CASA		5. VESTIRSI E SPOGLIARSI
senza difficoltà <input type="checkbox"/>		senza difficoltà <input type="checkbox"/>
da solo con difficoltà <input type="checkbox"/>		da solo con difficoltà <input type="checkbox"/>
aiutato parzialmente <input type="checkbox"/>		aiutato parzialmente <input type="checkbox"/>
con aiuto totale <input type="checkbox"/>		con aiuto totale <input type="checkbox"/>

<p><b>3. FARE IL BAGNO O LA DOCCIA</b></p> <p>senza difficoltà <input type="checkbox"/></p> <p>da solo con difficoltà <input type="checkbox"/></p> <p>aiutato parzialmente <input type="checkbox"/></p> <p>con aiuto totale <input type="checkbox"/></p>	<p><b>6. ANDARE IN BAGNO PER I PROPRI BISOGNI</b></p> <p>senza difficoltà <input type="checkbox"/></p> <p>da solo con difficoltà <input type="checkbox"/></p> <p>aiutato parzialmente <input type="checkbox"/></p> <p>con aiuto totale <input type="checkbox"/></p>
--	---

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

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
- = continent

### Continenza urinaria

- = incontinente
- = occasionali incidenti o necessità di aiuto
- = continent

### 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitazione, ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività motoria continua (affaccendamento, wondering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allucinazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ORIENTAMENTO

	Mai	raramente	qualche volta	sempre
Conosce la data di oggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conosce dove si trova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sa quanti anni ha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
riesce a orientarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
all'interno della struttura/abitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
riesce a orientarsi				
all'esterno della struttura/abitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Note:**

## RAPPORTI SOCIALI

	Mai	raramente	qualche volta	spesso
Attività in autonomia all'interno della struttura/abitazione (es. lettura, lavori manuali...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività guidate all'interno della struttura/abitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riceve visite dai familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riceve visite da conoscenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività sociali all'esterno della struttura/abitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Note:**

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

NOME FARMACO

---

---

---

---

---

---

POSOLOGIA

---

---

---

---

---

---

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IL MEDICO CURANTE

---

Numero di telefono del medico curante \_\_\_\_\_