



CASA AMALIA ALBERTI

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE[illegible]

Malattie infettive e diffusive	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 <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	_____
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------

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

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

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

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	<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 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 _____