

I. VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA FUNZIONALE

VOCE	DESCRIZIONE	PUNTEGGIO
ALIMENTAZIONE	– Indipendente, in grado di utilizzare posate, si nutre in tempi ragionevoli	10 <input type="checkbox"/>
	– Necessita di aiuto, ad esempio per tagliare il cibo	5 <input type="checkbox"/>
	– Incapace di nutrirsi autonomamente	0 <input type="checkbox"/>
BAGNO	– Fa il bagno senza bisogno di aiuto	5 <input type="checkbox"/>
	– Incapace di fare il bagno autonomamente	0 <input type="checkbox"/>
IGIENE PERSONALE	– Si lava il viso, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina del rasoio)	5 <input type="checkbox"/>
	– Incapace di compiere le suddette azioni autonomamente	0 <input type="checkbox"/>
ABBIGLIAMENTO	– Indipendente. Si allaccia le scarpe, aggancia le fibbie, indossa le bretelle	10 <input type="checkbox"/>
	– Necessita di aiuto, ma compie almeno metà del lavoro in tempi ragionevoli	5 <input type="checkbox"/>
	– Incapace di compiere le suddette azioni autonomamente	0 <input type="checkbox"/>
GESTIONE DELL'ALVO	– Non presenta problemi. È in grado di utilizzare clisteri / supposte se necessario	10 <input type="checkbox"/>
	– Problemi occasionali. Necessita di aiuto per l'utilizzo di clisteri o supposte	5 <input type="checkbox"/>
	– Incapace di applicare clisteri o supposte autonomamente	0 <input type="checkbox"/>
CONTROLLO DELLA MINZIONE	– Non presenta problemi. È in grado, eventualmente, di occuparsi del materiale per la raccolta delle urine	10 <input type="checkbox"/>
	– Problemi occasionali e necessita di aiuto per l'utilizzo del materiale per la raccolta delle urine	5 <input type="checkbox"/>
	– Incapace di utilizzare tale materiale	0 <input type="checkbox"/>
SPOSTAMENTO AI SERVIZI	– Indipendente, si reca da solo/a ai servizi o è in grado di utilizzare il pitale o la padella. Regge gli indumenti, si asciuga, tira la catena o pulisce il pitale/la padella	10 <input type="checkbox"/>
	– Necessita di aiuto per mantenersi in equilibrio, per sorreggere gli indumenti o la carta igienica	5 <input type="checkbox"/>
	– Incapace di compiere tali azioni autonomamente	0 <input type="checkbox"/>
DEAMBULAZIONE AL LETTO, ALLA POLTRONA E ALLA SEDIA	– Indipendente, anche per bloccare la sedia a rotelle e abbattere la pedana	15 <input type="checkbox"/>
	– Necessita di aiuto minimo o semplicemente di essere sorvegliato/a	10 <input type="checkbox"/>
	– È in grado di sedersi ma necessita di un aiuto consistente per lo spostamento	5 <input type="checkbox"/>
	– È totalmente dipendente	0 <input type="checkbox"/>
DEAMBULAZIONE	– Indipendente per un tragitto di 50 metri. Può far uso di bastoni ma non si serve di materiale dotato di ruote	15 <input type="checkbox"/>
	– Percorre 50 metri con necessità di assistenza	10 <input type="checkbox"/>
	– Indipendente con una sedia a rotelle per 50 metri, soltanto se non in grado di camminare	5 <input type="checkbox"/>
	– Incapace di camminare	0 <input type="checkbox"/>
SALIRE UNA SCALA	– Indipendente. Può aiutarsi con l'uso di bastoni	10 <input type="checkbox"/>
	– Necessita di aiuto o semplicemente di assistenza	5 <input type="checkbox"/>
	– Incapace di salire una scala	0 <input type="checkbox"/>

Per ciascuna delle voci elencate il medico deve obbligatoriamente **contrassegnare una casella**

Si prega di voltare pagina e di completare il formulario sul retro

II. VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI ORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE

STATO DELLA PERSONA		VALUTAZIONE DELLE DIFFICOLTÀ INCONTRATE		PUNTEGGIO	
1. DIFFICOLTÀ D'ESPRESSIONE Per farsi capire a parole e/o a gesti	– costante		0	<input type="checkbox"/>	
	– ogni tanto, raramente		5	<input type="checkbox"/>	
	– mai		10	<input type="checkbox"/>	
2. DISTURBO DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE Gridare senza ragione e/o disturbare gli altri con grida e/o urli	– costante		0	<input type="checkbox"/>	
	– ogni tanto, raramente		5	<input type="checkbox"/>	
	– mai		10	<input type="checkbox"/>	
3. PERDITA DI CONSAPEVOLEZZA DELLE CONVENZIONI SOCIALI Mostrare un comportamento improprio a tavola e nei confronti del cibo, spogliarsi improvvisamente, urinare fuori dal water, sputare, ecc.	– costante		0	<input type="checkbox"/>	
	– ogni tanto, raramente		5	<input type="checkbox"/>	
	– mai		10	<input type="checkbox"/>	
4. ORIENTAMENTO TEMPORALE	– disorientamento totale		0	<input type="checkbox"/>	
	– ogni tanto		5	<input type="checkbox"/>	
	– nessuna difficoltà		10	<input type="checkbox"/>	
5. COMPORTAMENTO AGITATO Difficoltà razionale e caratteriale, e/o autolesionismo e/o agitazione psicomotoria (deambulazione, fuga, ecc.)	– costante		0	<input type="checkbox"/>	
	– ogni tanto, raramente		5	<input type="checkbox"/>	
	– mai		10	<input type="checkbox"/>	
6. COMPORTAMENTO NOTTURNO Vagabondare, disturbare gli altri, confondere giorno e notte	– costante		0	<input type="checkbox"/>	
	– ogni tanto, raramente		5	<input type="checkbox"/>	
	– mai		10	<input type="checkbox"/>	
7. SENSO DI ORIENTAMENTO NEL PROPRIO AMBIENTE CIRCOSTANTE	– disorientamento totale		0	<input type="checkbox"/>	
	– ogni tanto		5	<input type="checkbox"/>	
	– nessuna difficoltà		10	<input type="checkbox"/>	
8. COMPORTAMENTO DISTRUTTIVO Violenza nei confronti di materiale, oggetti circostanti: indumenti, arredamento, riviste, ecc. e/o aggressività verso gli altri	– costante		0	<input type="checkbox"/>	
	– ogni tanto, raramente		5	<input type="checkbox"/>	
	– mai		10	<input type="checkbox"/>	
9. PERDITA DELLA MEMORIA	a) recente	SÌ	0	<input type="checkbox"/>	
		NO	5	<input type="checkbox"/>	
	b) di vecchia data	SÌ	0	<input type="checkbox"/>	
		NO	5	<input type="checkbox"/>	
10. RICONOSCIMENTO DELL'AMBIENTE Perdita della capacità di riconoscere	a) famiglia stretta (figli, coniuge)	SÌ	0	<input type="checkbox"/>	
		NO	5	<input type="checkbox"/>	
	b) amici, conoscenti, altri:	SÌ	0	<input type="checkbox"/>	
		NO	5	<input type="checkbox"/>	
TOTALE DI TUTTE LE VOCI				... / 100	

Per ciascuna delle voci elencate il medico deve obbligatoriamente **contrassegnare una casella.**

Data: .././....

.....

Firma e timbro del medico