



Signor/a _____ Luogo e data di nascita _____

Medico curante _____ Assistente Sociale _____

Valutazione dell'autonomia nelle ADL (Indice di Barthel) (obbligatorio)

| | 1 dipendenza completa | 2 dipendenza grave | 3 dipendenza moderata | 4 dipendenza lieve | 5 autosuff. |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------|
| trasferimento letto-sedia | 0 | 3 | 8 | 12 | 15 |
| deambulazione | 0 | 3 | 8 | 12 | 15 |
| igiene personale | 0 | 1 | 3 | 4 | 5 |
| alimentazione | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 |
| bagno/doccia | 0 | 1 | 3 | 4 | 5 |
| toilette/uso servizi | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 |
| continenza urinaria | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 |
| continenza intestinale | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 |
| abbigliamento | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 |
| scale | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 |
| * uso carrozzina | 0 | 1 | 3 | 4 | 5 |

Punteggio Barthel _____ / 100

Funzioni cognitivo-comportamentali (obbligatorio)

| | grave | moderato | lieve | assente |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Confusione (disorientamento spazio-temporale, turbe della memoria) | 1 (6) | 2 (4) | 3 (2) | 4 (0) |
| Irritabilità..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Irrequietezza..... | 1 (6) | 2 (4) | 3 (2) | 4 (0) |
| Agitazione motoria __ | | | | |
| Deambulazione afinalistica __ | | | | |
| Aggressività verbale e fisica, vocalizzi __ | | | | |
| Deliri | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ansia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Depressione | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Insonnia | 1 | 2 | 3 | 4 |

Funzioni psico-sensoriali (obbligatorio)

| | assente | limitata | integra |
|------------------------------|---------|----------|---------|
| Capacità di comunicare | 1 | 2 | 3 |
| Vista | 1 | 2 | 3 |
| Udito | 1 | 2 | 3 |

Note

Condizioni sanitarie (CIRS) (obbligo di precisare le patologie)

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| ACV (solo cuore) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ipertensione (si valuta la severità, considerare gli organi coinvolti separatamente) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |
| Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |
| Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |
| O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |
| Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |
| Apparato G.I. inferiore (intestino, ernie) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |
| Patologie epatiche (solo fegato) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |
| Patologie renali (solo rene) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |
| Altre genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |
| Sistema muscolo-scheletrico – cute | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |
| Sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |
| Endocrino-metabolico (include diabete, infezioni, stati tossici) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |
| Psichiatrico-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |

Leggenda patologie in atto: 1 – Assente; 2 – Lieve; 3 – Moderato; 4 – Grave; 5 – Molto grave;

Altri problemi sanitari

(qualora non fosse compilato niente è da intendersi che non esistono tali patologie)

Diete particolari _____ Disfagia SNG/PEG Patologia
 oncologica avanzata _____ Stato Vegetativo Persistente Sclerosi
 Multipla Sclerosi Laterale Amiotrofica Ossigenoterapia Tracheotomia Patologia psichiatrica
 _____ Alcoolismo Tabagismo Malattie infettive:
 _____ Presenza lesioni de decubito _____ Altro (specificare)

Note _____

Terapie in atto (obbligatorio):

Data _____ Timbro e firma del medico _____