

Signor/a \_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_ Codice assistito \_\_\_\_\_

**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 I_I .....				
Deambulazione afinalistica I_I .....				
Aggressività verbale e fisica, vocalizzi I_I .....				
.....				
Deliri .....	1	2	3	4
Ansia .....	1	2	3	4
Depressione .....	1	2	3	4
Insomnia .....	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 .....			
.....			
.....			

 <b>Fondazione Bianchi</b>	<b>VALUTAZIONE MEDICA</b>	M090111 Rev.01 14/07/2025
---	---------------------------	---------------------------------

### CONDIZIONI SANITARIE (CIRS) (OBBLIGO DI PRECISARE LE PATHOLOGIE)

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