VALUTAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE PRE-INGRESSO
(Da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale)

Dati dell'interessato:

NOME	
COGNOME	
SESSO	☐ F ☐ M
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
COMUNE DI RESIDENZA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
CODICE FISCALE	

Dati del familiare di riferimento per la presentazione della domanda:

NOME	
COGNOME	
GRADO DI PARENTELA	❑ Amministratore di Sostegno/tutore ❑ Famigliare di riferimento ❑ Caregiver ❑ Altro _____
RECAPITO TELEFONICO	_____ _____
E-MAIL	

DEAMBULAZIONE	1) Non in grado di deambulare autonomamente 2) Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione 3) Necessita dell'assistenza di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi 4) Indipendente ma con autonomia limitata (50 metri). Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose 5) Autonomo in tutti gli spostamenti
IGIENE PERSONALE	1) Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente. 2) Necessita di aiuto per tutte le operazioni. 3) Necessita di aiuto per una o più operazioni. 4) In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni. 5) Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.
TRASFERIMENTI LETTO/SEDIA E VICEVERSA	1) Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevatore. 2) Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento. 3) Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento. 4) Indipendente in tutte le fasi. Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza. 5) Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina.
UTILIZZO DELLA CARROZZINA (compilare solo se la utilizza e se punteggio=1 in DEAMBULAZIONE)	1) Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina. 2) Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre. 3) E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc. 4) Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette. 5) Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.). L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.
ALIMENTAZIONE	1) Totalmente dipendente, deve essere imboccato. 2) Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es. cucchiaio). 3) Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc. 4) Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona. 5) Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività: tagliare, spalmare, ecc.)

CONFUSIONE	1) Completamente confuso, incapace di comunicare 2) Chiaramente confuso, non si comporta come dovrebbe 3) Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nel tempo e nello spazio 4) Lucido e orientato
IRRITABILITA'	1) Qualsiasi contatto è causa di irritabilità 2) Uno stimolo esterno che non dovrebbe scatena una reazione 3) Mostra ogni tanto segni di irritabilità 4) Non irritabile, tranquillo
IRREQUIETEZZA	1) Molto irrequieto, cammina avanti e indietro incessantemente, si agita, gesticola 2) Appare chiaramente irrequieto 3) Saltuari momenti di irrequietezza 4) Tranquillo

DIURESI	**ALVO**	**ULCERE DA DECUBITO**
Continente ❑	Continente ❑	**Sede** **Stadio** **Dimensione**
Incontinente ❑	Incontinente ❑	Sacro ①②③④ cm. _____
Urostomia ❑	Stipsi ❑	
	Diarrea ❑	Tallone dx sn ①②③④ cm. _____
Catetere vescicale ❑	Irregolare ❑	
Presidi assorbenti ❑	Stomie ❑	Malleolo dx sn ①②③④ cm. _____
Note: _____	Note: _____	Trocantere dx sn ①②③④ cm. _____
		Altra: _____
		Medicazioni all'ingresso: _____

VALUTAZIONE **DEAMBULAZIONE**	❑ PAZIENTE ALLETTATO ❑ PAZIENTE IN CARROZZINA ❑ UTILIZZO DI DEAMBULATORE ❑ UTILIZZO DI BASTONE O GRUCIA ❑ CAMMINA SOLO SE ACCOMPAGNATO ❑ AUTONOMO NELLA DEAMBULAZIONE PER BREVI TRATTI ❑ AUTONOMO NELLA DEAMBULAZIONE PER LUNGHI TRATTI

ANAMNESI PATOLOGICA	
TERAPIA IN ATTO / DOSAGGI	
ALLERGIE/INTOLLERANZE	
BISOGNI PARTICOLARI	

Data compilazione _____

Il medico che certifica (timbro e firma) _____

Riservato alla Direzione Sanitaria della Struttura

CL. SOSIA _____ Data valutazione idoneità_____

Il Direttore Sanitario

Rsa Cacciamatta - Guerini

Dott. Cabras Roberto