

| | | |
|-------------|--|------------------------------|
| PROG | CERTIFICATO MEDICO (da compilare in ogni sua parte) | REV. 0 DATA 13/03/2020 |
|-------------|--|------------------------------|

Signor/a _____ Luogo e data di nascita _____
 Medico curante _____ Ass. Sociale di Riferimento _____

VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA NELLE ADL (Indice di Barthel) (obbligatorio)

| | 1 Dipendenza Completa | 2 Dipendenza Grave | 3 Dipendenza Moderata | 4 Dipendenza Lieve | 5 Autosufficiente |
|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------|
| Deambulazione | 0 | 3 | 8 | 12 | 15 |
| Locomozione su sedia a rotelle | 0 | 1 | 3 | 4 | 5 |
| Scale | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 |
| Trasferimento Letto/Sedia | 0 | 3 | 8 | 12 | 15 |
| Toilette Uso Servizi | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 |
| Continenza Intestinale | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 |
| Continenza Urinaria | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 |
| Alimentazione | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 |
| Abbigliamento | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 |
| Igiene Personale | 0 | 1 | 3 | 4 | 5 |
| Bagno/Doccia | 0 | 1 | 3 | 4 | 5 |

Punteggio Barthel _____/100

SCHEDA RILEVAZIONE AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)

USO DEL TELEFONO

Autonomo 3
 Solo numeri noti 2
 Risponde, non chiama 1
 Incapace 0

ACQUISTI NEI NEGOZI

Autonomo 3
 Solo piccoli acquisti 2
 Necessita di assistenza 1
 Incapace 0

USO DEI MEDICINALI

Autonomo 2
 In dosi già preparate 1
 Incapace 0

AMMINISTRAZIONE FINANZA

Autonomo 2
 Piccoli Acquisti 1
 Incapace 0

USO DEI MEZZI DI TRASPORTO

Autonomo 4
 Con taxi non con mezzi pubblici 3
 Mezzi pubblici se accompagnato 2
 Taxi o auto con aiuto 1
 Incapace 0

RIEPILOGO IADL _____/14

14-10 autonomia nelle IADL
 09-05 parziale autonomia nelle IADL
 04-00 totale dipendenza nelle IADL

CONDIZIONI SANITARIE (CIRS) (obbligo di precisare le patologie)

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Patologie cardiache (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 |

Legenda 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 _____ Disagia SNG/PEG
 Patologie oncologia _____ Stato Vegetativo Persistente
 Sclerosi Multipla Sclerosi Laterale Amiotrofica Ossigenoterapia Tracheotomia
 Patologia Psichiatrica _____ Alcolismo Tabagismo Ludopatia
 Malattie Infettive _____ Presenza lesioni da decubito _____
 Altro (specificare) _____
 Note _____

Terapie in atto

Funzioni cognitivo-comportamentali (obbligatorio)

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Confusione (disorientamento spazio-temporale, turbe della memoria) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Irritabilità..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Irrequietezza..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Agitazione motoria..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Deambulazione afinalistica..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Aggressività verbale e fisica..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Deliri..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ansia..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Depressione..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Disturbi del sonno..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

Funzioni psico-sensoriali (obbligatorio)

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| Capacità di comunicare..... | 1 | 2 | 3 |
| Vista..... | 1 | 2 | 3 |
| Udito..... | 1 | 2 | 3 |

Note.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data _____ Timbro e firma del medico _____