

SCHEDA SANITARIA

(compilazione a cura del medico di famiglia o di reparto ospedaliero o dello specialista di riferimento)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO: _____

ANAMNESI:

RICOVERI PRECEDENTI (specificare se c/o Ospedalieri, Reparti psichiatrici, altro)

STATO DI SALUTE ATTUALE

ALLERGIE NOTE (FARMACI/ALTRO)

TERAPIA IN ATTO (farmacologica e fisica)

DIAGNOSI PRINCIPALE E DIAGNOSI SECONDARIE

data _____

timbro e firma del Medico di famiglia
o di reparto o dello specialista di riferimento

AUTONOMIA NELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA (ADL)

OSPITE: _____

DATA DI COMPILAZIONE: _____

PUNTEGGIO

A. FARE IL BAGNO (VASCA, DOCCIA, SPUGNATURE)

- | | |
|---|---|
| 1. Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo) | 1 |
| 2. Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso) | 1 |
| 3. Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo. | 0 |

B. VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)

- | | |
|--|---|
| 1. Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza. | 1 |
| 2. Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe. | 1 |
| 3. Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito. | 0 |

C. TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)

- | | |
|--|---|
| 1. Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino). | 1 |
| 2. Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda. | 0 |
| 3. Non si reca in bagno per l'evacuazione. | 0 |

D. SPOSTARSI

- | | |
|---|---|
| 1. Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore) | 1 |
| 2. Compie questi trasferimenti se aiutato. | 0 |
| 3. Allettato, non esce dal letto. | 0 |

E. CONTINENZA DI FECI E URINE

- | | |
|---|---|
| 1. Controlla completamente feci e urine. | 1 |
| 2. "Incidenti" occasionali. | 0 |
| 3. Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente. | 0 |

F. ALIMENTAZIONE

- | | |
|---|---|
| 1. Senza assistenza. | 1 |
| 2. Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane. | 1 |
| 3. Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale. | 0 |

PUNTEGGIO TOTALE _____

Luogo e data _____

Firma di chi compila _____