

Sig./ra _____ nato/a il _____

residente a _____

INDICE DI VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE

Per ciascuna delle funzioni elencate contrassegnare la descrizione meglio corrispondente.

Sez. A) FATTORI MEDICO-BIOLOGICI

1) CAPACITA' DI MOVIMENTO	2) STATO MENTALE	3) ORIENTAMENTO TEMPORO- SPAZIALE	4) FUNZIONI SENSORIALI	5) CONTROLLO DEGLI SFINTERI
cammina autonomamente <input type="checkbox"/> 0	parla e comprende <input type="checkbox"/> 0	orientato <input type="checkbox"/> 0	apparentemente normali <input type="checkbox"/> 0	controllo completo <input type="checkbox"/> 0
cammina con bastone o altro supporto <input type="checkbox"/> 10	comprende soltanto <input type="checkbox"/> 25	parzialmente orientato <input type="checkbox"/> 25	deficit tatto/gusto <input type="checkbox"/> 5	incontinenza urinaria episodica <input type="checkbox"/> 10
cammina con l'aiuto di un'altra persona <input type="checkbox"/> 25	non comprende <input type="checkbox"/> 75	disorientato frequentemente <input type="checkbox"/> 50	deficit uditive <input type="checkbox"/> 15	incontinenza urinaria notturna <input type="checkbox"/> 25
seduto su carrozzina <input type="checkbox"/> 50	comportamento aggressivo e pericoloso <input type="checkbox"/> 100	stabilmente disorientato <input type="checkbox"/> 75	deficit visivo <input type="checkbox"/> 25	incontinenza urinaria diurna <input type="checkbox"/> 30
allettato <input type="checkbox"/> 100			deficit visivo grave <input type="checkbox"/> 50	portatore di catetere a permanenza <input type="checkbox"/> 50
			deficit uditivo grave e/o visivo globale grave <input type="checkbox"/> 100	incontinenza doppia (urinaria e fecale) <input type="checkbox"/> 100
6) PIAGHE DA DECUBITO	7) ALIMENTAZIONE	8) IGIENE PERSONALE ED ABBIGLIAMENTO	9) RITMO SONNO-VEGLIA	10) CONDIZIONI DI SALUTE
assenti <input type="checkbox"/> 0	indipendente <input type="checkbox"/> 0	autonomia e sufficienza completa <input type="checkbox"/> 0	regolare <input type="checkbox"/> 0	buona salute, non necessita di cure mediche <input type="checkbox"/> 0
superficiali (stadio I - II) <input type="checkbox"/> 25	mangia da solo pasti già preparati <input type="checkbox"/> 25	necessita di aiuto e/o supervisione <input type="checkbox"/> 25	irrequietezza notturna <input type="checkbox"/> 10	necessità di cure mediche saltuarie a domicilio <input type="checkbox"/> 5
profonde (stadio III) <input type="checkbox"/> 75	necessita di aiuto (deve essere imboccato) <input type="checkbox"/> 50	deve essere lavato e vestito <input type="checkbox"/> 50	sonnolenza diurna ed irrequietezza notturna <input type="checkbox"/> 25	necessità di cure mediche settimanali a domicilio <input type="checkbox"/> 25
profonde (stadio IV) <input type="checkbox"/> 100			completa alterazione (inversione del ritmo) <input type="checkbox"/> 50	necessità di cure mediche quotidiane <input type="checkbox"/> 75

Sez. B) FATTORI SOCIO-AMBIENTALI

11) FABBRISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA	12) SITUAZIONE ABITATIVA DOMICILIARE	13) SITUAZIONE FAMILIARE	14) SITUAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	15) CONTATTO SOCIALE
buona salute, non necessita di assistenza infermieristica <input type="checkbox"/> 0	alloggio idoneo <input type="checkbox"/> 0	famiglia collaborante ed in grado di fornire assistenza <input type="checkbox"/> 0	completamente sufficiente <input type="checkbox"/> 0	attivo ed autonomo senza limitazioni geografiche <input type="checkbox"/> 0
necessità saltuaria di assistenza infermieristica <input type="checkbox"/> 5	manca di alcuni servizi all'interno dell'alloggio <input type="checkbox"/> 15	famiglia che necessita di aiuto per la cura dell'anziano <input type="checkbox"/> 25	necessità di aiuto da parte dei parenti <input type="checkbox"/> 5	autonomo nell'ambito del quartiere o paese <input type="checkbox"/> 10
necessità di supervisione nell'assunzione di medicinali <input type="checkbox"/> 10	barriere architettoniche <input type="checkbox"/> 25	famiglia incapace o non collaborante <input type="checkbox"/> 35	necessità di aiuto da parte di conoscenti o volontari <input type="checkbox"/> 15	limitato al vicinato <input type="checkbox"/> 25
necessità di assistenza infermieristica 1 v./settimana <input type="checkbox"/> 25		senza famiglia/amici <input type="checkbox"/> 50	precarietà <input type="checkbox"/> 20	limitato alla famiglia <input type="checkbox"/> 35
necessità di assistenza infermieristica quotidiana <input type="checkbox"/> 50			povertà estrema <input type="checkbox"/> 25	isolamento <input type="checkbox"/> 50

Note

Punteggio Fattori Medico Biologici -- Punteggio Fattori Socio Ambientali -- Punteggio Totale

- AUTOSUFFICIENZA < 100 (ammissibile in R.A.A.)
- PARZIALE AUTOSUFFICIENZA 100-200 (ammissibile in R.A.)
- NON AUTOSUFFICIENZA > 200 (caso da sottoporre all'U.V.G.)

Data _____

IL MEDICO _____