

Spazio riservato alla struttura	Direttore Gestionale Data ____/____/____	Medico Data ____/____/____
	Elementi che si chiede vengano indagati da parte del Medico: <input type="checkbox"/> BADL <input type="checkbox"/> IADL <input type="checkbox"/> Disturbi cognitivi/comportamentali <input type="checkbox"/> CIRS <input type="checkbox"/> Anamnesi <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> _____ Firma _____	Avendo indagato gli elementi richiesti, e avendo valutato la domanda di inserimento nel suo complesso si considera la richiesta: <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> approvata <input type="checkbox"/> respinta </div> Firma _____

➤ **Generalità dell'Interessato/a (soggetto per cui si presenta la domanda):**

Cognome: **Nome:**
 Nato/a a: Prov.: (.....) il/...../.....
 Stato civile: Codice fiscale:
 Residente in: Città:
 Tel.:
 Domiciliato in: Comune: Tel.:

➤ **Persona di riferimento**

Cognome: **Nome:**
 Indirizzo..... Comune:
 Grado di parentela Tel
 Indirizzo e – mail:.....

Motivazione richiesta di inserimento

- condizioni abitative non idonee
 - vive solo/sola
 - perdita autonomia
 - quadro clinico compromesso
 - mantenimento/miglioramento capacità residue
 - altro (es. problemi socio-familiari)
- _____

Provenienza

- domicilio
- istituto di ricovero per acuti (ospedale)
- struttura psichiatrica
- istituto di riabilitazione
- altra struttura _____

Situazione familiare

- coniugato/a
- divorziato/a
- celibe/nubile
- separato/a
- vedovo/a
- nr. figli _____
- nr. fratelli/sorelle _____

Situazione abitativa

con chi vive:

- solo
- coniuge
- figli
- altri parenti: _____
- badante no si orari _____
- altro: _____

Si CHIEDE l'ammissione di (nome e cognome interessato) presso gli appartamenti protetti Bernina di Sondrio.

Tipologia inserimento:

- permanenza breve
- tempo indeterminato

Pensione: Anzianità / vecchiaia reversibilità
 Invalidità civile altro nessuna pensione

Invalidità civile: in corso Riconosciuta al: %
 domanda non presentata

Assegno di accompagnamento: non riconosciuto riconosciuto
 in attesa domanda non presentata

Inoltrando la presente domanda di inserimento il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali modifiche della situazione socio-sanitaria o dei dati indicati nella domanda.

Data _____

Firma

Questionario Medico del/della Sig./ra _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Compilato dal dott./dott.ssa _____

In qualità di medico curante medico specialista

nr tel./cell. _____ e-mail _____

INDICI FUNZIONALI

ATTIVITA' DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA (BADL)

(Katz S, Ford AB et al. JAMA 1963;185:914-919)

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. schiena)	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 o delle bretelle, se utilizzate)	
[1]	Prende i vestiti e si veste completamente da solo 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 per 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 (numero totale funzioni conservate): _____

INDICI FUNZIONALI

GRADO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITÀ STRUMENTALI (IADL)
(Lawton e Brody, 1969)

A	Capacità di usare il telefono	
[1]	Usa il telefono di propria iniziativa	1
[2]	Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1
[3]	Risponde ma non è capace di comporre il numero	1
[4]	Non risponde al telefono	0
B	Fare acquisti	
[1]	Fa tutte le proprie spese senza aiuto	1
[2]	Fa piccoli acquisti senza aiuto	0
[3]	Ha bisogno di essere accompagnato	0
[4]	Completamente incapace di fare acquisti	0
C	Preparazione del cibo	
[1]	Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1
[2]	Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0
[3]	Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata	0
[4]	Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0
D	Governo della casa	
[1]	Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per esempio aiuto per i lavori pesanti)	1
[2]	Esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa	1
[3]	Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	0
[4]	Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0
E	Biancheria (ovvero fa il bucato)	
[1]	Fa il bucato personalmente e completamente	1
[2]	Lava le piccole cose	1
[3]	Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0
F	Mezzi di trasporto	
[1]	Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
[2]	Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1
[3]	Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1
[4]	Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza	0
[5]	Non si sposta per niente	0
G	Responsabilità nell'uso dei farmaci	
[1]	Prende le medicine che gli sono state prescritte	1
[2]	Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0
[3]	Non è in grado di prendere le medicine da solo	0
H	Capacità di maneggiare il denaro	
[1]	Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
[2]	È in grado di fare piccoli acquisti	1
[3]	È incapace di maneggiare i soldi	0

PUNTEGGIO TOTALE (numero totale funzioni conservate): _____

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHICI

demenza certificata da uva ospedaliera <input type="checkbox"/> si data: <input type="checkbox"/> no	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
Stato di coscienza alterato					
deficit di memoria					
disturbi del linguaggio e della comunicazione					
crisi d'ansia / attacchi di panico					
deflessione del tono dell'umore					
disorientamento spazio-temporale					
deliri e allucinazioni					
aggressività					
disturbi del sonno					
wandering / affaccendamento					
tentativi di allontanamento					
etilismo / potus		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> pregresso	
abuso / dipendenza da sostanze		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> pregresso	
tentato suicidio		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> pregresso	

CIRS – INDICE DI COMORBIDITA'

(Parmalee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP: Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. J Am Geriatr Soc 1995;43:130-137)

PATOLOGIE	assente	lieve	moderato	grave	molto grave	Note
Patologie cardiache (solo cuore)	1	2	3	4	5	
Iperensione (si valuta la severità non gli organi coinvolti)	1	2	3	4	5	
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, 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, orecchi, naso, gola, laringe)	1	2	3	4	5	
Apparato GI superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	1	2	3	4	5	
Apparato GI 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 patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	1	2	3	4	5	
Sistema muscolo-scheletro-cute (muscolo, scheletro, tegumenti)	1	2	3	4	5	
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza)	1	2	3	4	5	
Patologie endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	1	2	3	4	5	
Patologie psichiatriche-comportamentali (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5	

Indice di severità: _____
(media dei punteggi prime 13 categorie)

Indice di comorbidità: _____
(n° di categorie, solo le prime 13, con punteggio >/= 3)

Diagnosi:

Anamnesi patologica remota:

Anamnesi patologica prossima:

Allergie/intolleranze farmaci:

Allergie/intolleranze Alimentari:

dieta specifica no si – specificare:

.....

.....

.....

Autonomia nel movimento:

utilizzo ausili per la deambulazione no si – specificare:

- bastone
- carrozzina
- deambulatore
- altro _____

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

FARMACO	DOSE	ORARI

Assunzione terapia farmacologica (Barrare X)	Autonomo	Con supervisione	Con aiuto (es. preparazione terapia)	Totale dipendenza

Altri trattamenti terapeutici

emotrasfusione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
dialisi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
altro (chemioterapia, radioterapia ecc.)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Data: _____

IL MEDICO
(Timbro e Firma)