

Gent.mo Medico Curante,
per permetterci di offrire la migliore assistenza, Le saremmo grati se potesse trasmetterci le informazioni che seguono riguardante il Suo assistito, futuro Residente della **Comunità Alloggio Sociale per Anziani – CASA “San Giulio” a Beregazzo con Figliaro (CO)**.

RingraziandoLa per la gentile collaborazione, Le porgiamo cordiali saluti
Fabio Ferrario – Direttore Gestionale

Questionario Medico di sig./ra _____

Nato/a a _____ **il** ____/____/____

Compilato dal dott./dott.ssa _____

nr tel./cell. _____ e-mail _____

con Ambulatorio sito in _____ nr tel. _____

nei seguenti giorni e orari _____

STATO VACCINALE

CERTIFICATO DI VACCINAZIONE (SARS-COVID-19) **DATA EFFETTUAZIONE** / /.....
DOSI EFFETTUATE :

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 IMBURRE 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 COGNITIVI

Demenza certificata da UVA ospedaliera <input type="checkbox"/> Si data: <input type="checkbox"/> No	Assente	Lieve	Moderata	Grave
Confusione/orientamento spazio temporale				
Irritabilità				
Irrequietezza				
Vagabondaggio afinalistico				
Allucinazioni (visive e/o uditive)				
Aggressività (verbale e/o fisica)				
Apatia				
Inversione ritmo sonno/veglia				

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
PATOLOGIE CARDIACHE (SOLO CUORE)	1	2	3	4	5
IPERTENSIONE (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	1	2	3	4	5

LARINGE)					
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: _____ **INDICE DI COMORBIDITÀ:** _____
 (media dei punteggi prime 13 categorie) (n° di categorie, solo le prime 13, con punteggio >/= 3)

DIAGNOSI:

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:

ALLERGIE/INTOLLERANZE FARMACI:

ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI:

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

FARMACO	DOSE	ORARI

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

DATA: / / _____

IL MEDICO CURANTE
(TIMBRO E FIRMA)