

ALLEGATO “C”

VALUTAZIONE FUNZIONALE: attività della vita quotidiana

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Patologie in atto: \_\_\_\_\_

Bagno: Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo);	SI	NO	Vestirsi: prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza	SI	NO
Bagno: Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso)	SI	NO	Vestirsi: prende i vestiti e si veste completamente eccetto che per allacciare le scarpe	SI	NO
Bagno: Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	SI	NO	Vestirsi: Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	SI	NO
Igiene: 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).	SI	NO	Spostarsi: Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).	SI	NO
Igiene: Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.	SI	NO	Spostarsi: Compie trasferimenti se aiutato.	SI	NO
Igiene: Non si reca in bagno per l'evacuazione.	SI	NO	Spostarsi: Allettato, non esce dal letto.	SI	NO
Continenza: Incidenti occasionali.	SI	NO	Spostarsi: Deambula autonomamente	SI	NO
Continenza: Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è continente	SI	NO	Spostarsi: E' caduto negli ultimi 6 mesi	SI	NO
Stato mentale: vigile	SI	NO	Alimentazione: autonomo, senza assistenza	SI	NO
Stato mentale: Confuso.	SI	NO	Alimentazione: assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane	SI	NO
Stato mentale: disturbi del comportamento	SI	NO	Alimentazione: richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale o enterale	SI	NO
Stato mentale: tendenza alla fuga	SI	NO	Deficit sensoriali: visivi	SI	NO
Stato mentale: Insonnia	SI	NO	Deficit sensoriali: auditivi	SI	NO
Comunicazione: comprensibile	SI	NO	Deficit sensoriali: ausili	SI	NO
Comunicazione: non comprensibile	SI	NO	Tipo di ausili		
Comunicazione: afasico	SI	NO	Lesioni cutanee		
Comunicazione: espressivo	SI	NO	Necessita di contenzione	SI	NO
	SI	NO	Tipologia di contenzione		
	SI	NO			

Data: \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

\_\_\_\_\_