

Sig. /ra _____ nato/a il _____

residente a _____

INDICE 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 TEMPOROSPAZIALE	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 uditivo <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"/> 75	stabilmente disorientato <input type="checkbox"/> 75	deficit visivo <input type="checkbox"/> 25	incontineza 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 (urina 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	necessita di cure mediche saltuarie a domicilio <input type="checkbox"/> 5
profonde (stadio III) <input type="checkbox"/> 75	necessita di aiuto (dev'essere imboccato) <input type="checkbox"/> 50	dev'essere lavato e vestito <input type="checkbox"/> 50	sonnolenza diurna ed irrequietezza notturna <input type="checkbox"/> 25	necessita 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	necessita di cure mediche quotidiane <input type="checkbox"/> 75

Sez. B) FATTORI SOCIO-AMBIENTALI

11) FABBISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA	12) SITUAZIONE ABITATIVA DOMICILIARE	13) SITUAZIONE FAMILIARE	14) SITUAZIONE ECONOMICA-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
necessita saltuaria di assistenza inferieristica <input type="checkbox"/> 5	mancanza 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	necessita di aiuto da parte dei parenti <input type="checkbox"/> 5	autonomo nell'ambito quartiere o paese <input type="checkbox"/> 10
necessita di supervisione per l'assunzione di medicinali <input type="checkbox"/> 10	barriere architettoniche <input type="checkbox"/> 25	famiglia incapace o non collaborante <input type="checkbox"/> 35	necessita di aiuto da parte di conoscenti o volontari <input type="checkbox"/> 15	limitato al vicinato <input type="checkbox"/> 25
necessita di assistenza infermieristica una volta per settimana <input type="checkbox"/> 25		senza famiglia/amici <input type="checkbox"/> 50	precarietà <input type="checkbox"/> 20	limitato alla famiglia <input type="checkbox"/> 35
necessita di assistenza infermieristica quotidiana <input type="checkbox"/> 50			povertà estrema <input type="checkbox"/> 25	isolamento <input type="checkbox"/> 50

NOTE: _____

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 CURANTE _____