

<b>ANAGRAFICA UTENTE</b>	
Nome e Cognome Utente:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Indirizzo:	
Comune di residenza:	C.F.
Provenienza:	
<input type="radio"/> Domicilio <input type="radio"/> Residenza sanitaria assistenziale <input type="radio"/> Ospedale <input type="radio"/> Comunità integrata	

<b>CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE</b>	
<input type="radio"/> Buona salute, non necessità di assistenza medico – infermieristica <input type="radio"/> Necessità saltuariamente di assistenza medico – infermieristica <input type="radio"/> Necessità di supervisione nell'assunzione dei medicinali <input type="radio"/> Necessità settimanalmente di assistenza medico – infermieristica <input type="radio"/> Necessità quotidianamente di assistenza medico - infermieristica	

<b>VALUTAZIONE GLOBALE</b>			
<b>CAPACITÀ DI MOVIMENTO</b>		<b>USO CARROZZINA</b>	
<input type="radio"/> Cammina autonomamente	<input type="radio"/> E' dipendente per la locomozione	<input type="radio"/> Cammina con bastone o altro supporto	<input type="radio"/> Per muoversi in carrozzina necessita di assistenza
<input type="radio"/> Cammina con l'aiuto di un'altra persona	<input type="radio"/> E' necessaria una persona per i movimenti più complessi	<input type="radio"/> Seduto in carrozzina	<input type="radio"/> Percorre autonomamente percorsi piani
<input type="radio"/> Allettato	<input type="radio"/> E' autonomo per la locomozione	<input type="radio"/> Usa scarpe chiuse	
<input type="radio"/> Usa scarpe aperte		<input type="radio"/> Cammina velocemente	
<input type="radio"/> Usa ausili			
<b>ORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE</b>		<b>STATO MENTALE E DI COSCIENZA</b>	
<input type="radio"/> Completamente orientato	<input type="radio"/> Parla e comprende	<input type="radio"/> Parzialmente orientato	<input type="radio"/> Comprende soltanto
<input type="radio"/> Frequentemente disorientato	<input type="radio"/> Non comprende	<input type="radio"/> Disorientato	<input type="radio"/> Irrequieto/aggressivo
	<input type="radio"/> Disturbi comportamentali		
<b>IGIENE PERSONALE</b>		<b>ALIMENTAZIONE</b>	
<input type="radio"/> Autonomia e sufficienza completa	<input type="radio"/> Indipendente	<input type="radio"/> Necessità di assistenza minima	<input type="radio"/> Riconosce le posate
<input type="radio"/> Necessità di aiuto e/o supervisione	<input type="radio"/> Riconosce la sequenza dei cibi	<input type="radio"/> Deve essere completamente assistito	<input type="radio"/> Mangia da solo pasti preparati
	<input type="radio"/> Collabora ma necessita di assistenza		<input type="radio"/> Deve essere imboccato ed è totalmente dipendente
<b>INCONTINENZA</b>		<b>PIAGHE DA DECUBITO</b>	<b>Posizione</b>
<input type="radio"/> Controllo completo	<input type="radio"/> Assenti		
<input type="radio"/> Incontinenza urinaria saltuaria	<input type="radio"/> Superficiali (1° e 2° stadio)		
<input type="radio"/> Incontinenza urinaria abituale	<input type="radio"/> Profonde (3° stadio)		
<input type="radio"/> Portatore di catetere vescicale	<input type="radio"/> Necrotiche e profonde (4° stadio)		
<input type="radio"/> Incontinenza fecale saltuaria			
<input type="radio"/> Incontinenza doppia completa			

<b>VISTA E UDITO</b>				<b>VESTIZIONE</b>							
<input type="radio"/> Vede e sente bene	<input type="radio"/> Non vede	<input type="radio"/> Non sente	<input type="radio"/> Deficit corretto da protesi e/o occhiali in uso	<input type="radio"/> Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza	Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciarsi le scarpe						
				<input type="radio"/> Necessita di aiuto per vestirsi o rimane parzialmente o completamente vestito							
<b>PAROLA</b>				<b>CADUTE NEGLI ULTIMI TRE ANNI</b>							
<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Disartria	<input type="radio"/> Afasia		<input type="radio"/> Nessuna	Da 1 a 3 volte						
				<input type="radio"/> Più di tre volte							

<b>ANAMNESI</b>															
<b>Cardiopatia ischemica</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Infarto	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Angina	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Pacemaker	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO				
<b>Ipertensione</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO													
<b>Diabete</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Compenso farmacologico			<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Insulina dipendente			<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO			
<b>Epatopatie</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Epatite tipo _____												
<b>Nefropatie</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Dialisi	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO										
<b>Pneumopatie</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Quale:												
<b>Asma bronchiale</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO													
<b>BPCO</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO													
<b>Neoplasia</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Sede:				Stadiazione:								
<b>Demenza senile</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO													
<b>Epilessia</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Data eventuale ultima crisi:												
<b>Ictus pregresso</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Emiparesi residua	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO										
<b>Morbo di Parkinson</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO													
<b>Alzheimer</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO													
<b>Psicosi</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Compenso farmacologico			<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO								
<b>Depressione</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO													
<b>Tentati suicidi</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Data:												
<b>Protesi</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Sede:												
<b>Etilismo</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO													
<b>Allergie</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Quali:												
<b>Celiachia</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO													
<b>G6PDH carente</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO													
<b>Intolleranze alimen.</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Quali:												
<b>Osteoporosi</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO													
<b>Ipercolesterolemia</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO													
<b>Malat. infett./contag.</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Quali:												

## TERAPIA IN USO

### Note

**VALUTAZIONE IDONEITÀ**

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

**E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE**

**NON E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE**

e che la sua condizione psico-fisica risulta:

**AUTOSUFFICIENTE**

**PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE**

**Pertanto risulta idoneo/a all'ammissione presso la comunità alloggio in quanto al momento le condizioni generali di salute lo consentono.**

**NON AUTOSUFFICIENTE**

**Pertanto non risulta idoneo/a all'ammissione presso la comunità alloggio in quanto al momento le condizioni generali di salute non lo consentono.**

**Scheda compilata da:**

Nome e Cognome Medico curante: Dott/ssa \_\_\_\_\_

Sede ambulatoriale: Via/P.zza \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_

A CURA DELLA COOPERATIVA SOCIALE IRIS

## VALUTAZIONE COMPATIBILITÀ VITA IN COMUNITÀ

Periodo di valutazione: Dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- COMPATIBILE**

Eventuali note

---

---

---

---

---

---

- NON COMPATIBILE**

Motivazione

---

---

---

---

---

---

Data

---

Firma Responsabile servizio

---