



## FONDAZIONE "CECI"

Via G. P. Marinelli - n. 3  
60021 Camerano (AN)  
Telefono: 071 730349  
Fax: 071 2825013



### Allegato n.1

## VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE

(Riservata al Medico di Medicina Generale/Medico di Reparto)

Cognome Nome \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Attività avanzate della vita quotidiana (I.A.D.L.)

(SI: funzione conservata ; NO: funzione persa)

Capacità di usare il telefono	SI	NO	Biancheria	SI	NO
Fare acquisti	SI	NO	Utilizzo mezzi di trasporto	SI	NO
Preparazione del cibo	SI	NO	Responsabilità nell'uso dei farmaci	SI	NO
Governo della casa	SI	NO	Capacità di maneggiare il denaro	SI	NO

### Attività di base

(Grado di autonomia nelle attività di base)

A: Indipendente; B: piccolo aiuto/supervisione; C: elevata dipendenza; D: totale dipendenza

	A	B	C	D
Alimentazione (se c'è bisogno di tagliare cibo=aiuto)				
Abbigliamento (capacità di vestirsi correttamente)				
Toilette personale (capacità di curare il proprio aspetto fisico)				
Fare il bagno e/o la doccia senza aiuto				
Controllo sfintere e vescica				
Trasferimenti letto-sedia e viceversa				
Uso della toilette (asciugarsi, far scorrere l'acqua)				
Camminare in piano				
Salire e scendere le scale				

### Profilo cognitivo e comportamentale:

funzioni corticali superiori:

Funzione	Normale	Deficit		
		Lieve	Moderato	Grave
Memoria				
Orientamento spaziale				
Orientamento nel tempo				
Giudizio critico				
Linguaggio/comprendione				
Riconoscimento persone				

Disturbi del comportamento

	Assente	Lieve	Moderato	Grave		Assente	Lieve	Moderato	Grave
Deliri					Depressione				
Wandering					Anoressia				
Aggressività					Irritabilità				
Allucinazioni					Insomnia				

**STATO DI SALUTE SOMATICA INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)**

Apparato	Gravità *				
	1	2	3	4	5
CARDIOPATIE (aritmica, ischemica, valvolare) Diagnosi:					
IPERTENSIONE ARTERIOSA Diagnosi:					
VASCULOPATIE PERIFERICHE Diagnosi:					
EMOPATIE (anemie, mielopatie, ecc.) Diagnosi:					
PATOLOGIE RESPIRATORIE Diagnosi:					
PATOLOGIE ORGANI SENSORIALI Diagnosi:					
PATOLOGIE GASTROENTERICHE Diagnosi:					
PATOLOGIE EPATICHE E VIE BILIARI Diagnosi:					
PATOLOGIE RENALI Diagnosi:					
PATOLOGIE GENITO-URINARIE Diagnosi:					
PATOLOGIE MUSCOLO-SCHELETRICHE E CUTANEE Diagnosi:					
PATOLOGIE DEL SNC E PERIFERICO Diagnosi:					
PATOLOGIE ENDOCRINO-METABOLICHE Diagnosi:					
PATOLOGIE PSICHIATRICHE Diagnosi:					

\* 1: assente; 2: lieve; 3: moderato; 4: grave; 5: molto grave.

**RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI DUE ANNI**

Ricoveri n. \_\_\_\_\_ complessivi di ricovero (circa)

Malattie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ULTIMO ricovero ospedaliero: data di entrata \_\_\_\_\_ data di  
dimissione \_\_\_\_\_ diagnosi \_\_\_\_\_

## TERAPIE IN CORSO

---

---

---

---

Intolleranza ai Farmaci \_\_\_\_\_

## FATTORI DI GRAVITA'

<b>Ausili movimento</b>	si	no	bastone	carrozzina	<b>Alimentazione artificiale</b>	si	no	SNG	PEG	parenterale
<b>Incontinenza</b>	si	no	pannolone	cat. vesc	<b>Insuff respiratoria</b>	si	no	6 ore	cost	ventilazione
<b>Diabete</b>	si	no	dieta	-ipoglicem -insulina	<b>Dialisi</b>	si	no	peritoneale	extracorporea	
<b>Decubiti</b>	si	no	n°	<b>Protezione</b>	si	no	<b>Cadute</b>	no	si	n°

## VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

E' stato inoculato il vaccino antinfluenzale \_\_\_\_\_ se si in che data \_\_\_\_\_

## MALATTIE INFETTIVE

L'anziano ha contratto il COVID 19? \_\_\_\_\_ Se si quando? \_\_\_\_\_

Ha intrapreso /completato il percorso vaccinale? \_\_\_\_\_

Tipo Vaccino \_\_\_\_\_

L'anziano ha in corso altre malattie infettive? \_\_\_\_\_

Se si quali? \_\_\_\_\_

## ULTERIORI SEGNALAZIONI

---

---

E' buona norma che il medico curante continui ad assistere il proprio paziente anche nel periodo di permanenza in struttura.

E' necessario che entro 48 ore dall'ingresso del paziente in struttura (prorogabili a 72 nel caso di festività), il medico venga a visitarlo ed a confrontarsi con il nostro personale sanitario, al fine consentirci di fare al meglio il nostro lavoro.

Altresi è necessario che il medico curante venga a visitare il proprio paziente, in tempi ragionevolmente brevi, quando richiesto dal personale sanitario dell'Ente.

**TIMBRO E FIRMA  
DEL MEDICO**

---

Data di compilazione \_\_\_\_\_