

Sig./ra _____ nato/a il _____

Residente a _____

INDICE DI 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
<i>cammina autonomamente</i> <input type="checkbox"/> 0	<i>parla e comprende</i> <input type="checkbox"/> 0	<i>orientato</i> <input type="checkbox"/> 0	<i>apparentemente normali</i> <input type="checkbox"/> 0	<i>controllo completo</i> <input type="checkbox"/> 0
<i>cammina con bastone o altro supporto</i> <input type="checkbox"/> 10	<i>comprende soltanto</i> <input type="checkbox"/> 25	<i>parzialmente orientato</i> <input type="checkbox"/> 25	<i>deficit tatto/gusto</i> <input type="checkbox"/> 5	<i>incontinenza urinaria episodica</i> <input type="checkbox"/> 10
<i>cammina con l'aiuto di un'altra persona</i> <input type="checkbox"/> 25	<i>non comprende</i> <input type="checkbox"/> 75	<i>disorientato frequentemente</i> <input type="checkbox"/> 50	<i>deficit uditivo</i> <input type="checkbox"/> 15	<i>incontinenza urinarla notturna</i> <input type="checkbox"/> 25
<i>seduto su carrozzina</i> <input type="checkbox"/> 50	<i>comportamento aggressivo e pericoloso</i> <input type="checkbox"/> 100	<i>stabilmente disorientato</i> <input type="checkbox"/> 75	<i>deficit visivo</i> <input type="checkbox"/> 25	<i>incontinenza urinarla diurna</i> <input type="checkbox"/> 30
<i>allettato</i> <input type="checkbox"/> 100			<i>deficit visivo grave</i> <input type="checkbox"/> 50	<i>portatore di catetere a permanenza</i> <input type="checkbox"/> 50
			<i>deficit uditivo grave e/o visivo globale grave</i> <input type="checkbox"/> 100	<i>incontinenza doppia (urinaria e fecale)</i> <input type="checkbox"/> 100
6) PIAGHE DA DECUBITO	7) ALIMENTAZIONE	8) IGIENE PERSONALE ED ABBIGLIAMENTO	9) RITMO SONNO-VEGLIA	10) CONDIZIONI DI SALUTE
<i>assenti</i> <input type="checkbox"/> 0	<i>indipendente</i> <input type="checkbox"/> 0	<i>autonomia e sufficienza completa</i> <input type="checkbox"/> 0	<i>regolare</i> <input type="checkbox"/> 0	<i>buona salute, non necessita di cure mediche</i> <input type="checkbox"/> 0
<i>superficiali (stadio I – II)</i> <input type="checkbox"/> 25	<i>mangia da solo pasti già preparati</i> <input type="checkbox"/> 25	<i>necessità di aiuto e/o supervisione</i> <input type="checkbox"/> 25	<i>irrequietezza notturna</i> <input type="checkbox"/> 10	<i>necessità di cure mediche saltuarie a domicilio</i> <input type="checkbox"/> 5
<i>profonde (stadio III)</i> <input type="checkbox"/> 75	<i>necessità di aiuto (deve essere imboccato)</i> <input type="checkbox"/> 50	<i>deve essere lavato e vestito</i> <input type="checkbox"/> 50	<i>sonnolenza diurna ed irrequietezza notturna</i> <input type="checkbox"/> 25	<i>necessità di cure mediche settimanali a domicilio</i> <input type="checkbox"/> 25
<i>profonde (stadio IV)</i> <input type="checkbox"/> 100			<i>completa alterazione (inversione del ritmo)</i> <input type="checkbox"/> 50	<i>necessità di cure mediche quotidiane</i> <input type="checkbox"/> 75

Sez. B) FATTORI SOCIO-AMBIENTALI

11) FABBISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA	12) SITUAZIONE ABITATIVA DOMICILIARE	13) SITUAZIONE FAMILIARE	14) SITUAZIONE ECONOMICO 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
necessità saltuaria di assistenza infermieristica <input type="checkbox"/> 5	manca 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	necessità di aiuto da parte dei parenti <input type="checkbox"/> 5	autonomo nell'ambito del quartiere o paese <input type="checkbox"/> 10
necessità di supervisione nell'assunzione di medicinali <input type="checkbox"/> 10	barriere architettoniche <input type="checkbox"/> 25	famiglia incapace o non collaborante <input type="checkbox"/> 35	necessità di aiuto da parte di conoscenti o volontari <input type="checkbox"/> 15	limitato al vicinato <input type="checkbox"/> 25
necessità di assistenza infermieristica 1v./settimana <input type="checkbox"/> 25		senza famiglia/amici <input type="checkbox"/> 50	precarietà <input type="checkbox"/> 20	limitato alla famiglia <input type="checkbox"/> 35
necessità di assistenza infermieristica quotidiana <input type="checkbox"/> 50			povertà estrema <input type="checkbox"/> 25	isolamento <input type="checkbox"/> 50

Note

Punteggio Fattori Medico Biologici - Punteggio Fattori Socio Ambientali - Punteggio Totale

VALORI LIMITE PER CLASSE FUNZIONALE

- AUTOSUFFICIENZA < 100
- PARZIALE AUTOSUFFICIENZA 100 – 200
- NON AUTOSUFFICIENZA > 200

Data _____

STRUTTURE ASSISTENZIALI EVENTUALMENTE INDICATE

- RESIDENZA ASSISTENZIALE ALBERGHIERA (R.A.A.)
- RESIDENZA ASSISTENZIALE (R.A.)
- RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE (R.A.F.) O RESIDENZA SANTARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)

IL MEDICO _____