

Scheda di accertamento delle condizioni di non autosufficienza

A) Cognome _____ nome _____ sesso M F
 nato a _____ il _____
 residente a _____ via _____ tel. _____
 recapito parentale _____

B) CONDIZIONI GENERALI ATTUALI

E' in grado di collaborare? SÍ NO

C) MOBILITÀ

Può salire o scendere le scale SÍ NO
 Può camminare da solo SÍ NO
 Può camminare con aiuto SÍ NO
 Può camminare con protesi SÍ NO SÍ con aiuto
 Si sposta con carrozzella SÍ NO SÍ con aiuto
 Allettato _____ da quando _____ mese _____ anno _____

D) Si veste da solo SÍ NO SÍ con aiuto
 Si lava SÍ NO SÍ con aiuto
 Mangia da solo SÍ NO SÍ con aiuto
 Scrive SÍ NO
 Utilizza da solo i servizi igienici SÍ NO
 Legge SÍ NO

E) PSICHE integra SÍ NO
 Con fasi di confusione SÍ NO
 Con fasi di disorientamento SÍ NO
 Con fasi di agitazione psicomotoria SÍ NO

F) SENSORIO

Cecità SÍ NO Ipovisus SÍ NO
 Sordità SÍ NO Ipoacusia SÍ NO
 Mutismo SÍ NO Disartria SÍ NO
 Disfasia SÍ NO Afasia SÍ NO

G) CONTINENZA SFINTERI

Incontinenza vescicale SÍ NO Porta catetere SÍ NO
 Incontinenza anale SÍ NO

H) EVENTUALI ALTRE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA _____

I) NECESSITÀ DI CURE INFERMIERISTICHE:

a) Controllo pressione arteriosa SÍ NO
 b) Stick diabete SÍ NO
 c) Somministrazione insulina SÍ NO
 d) Somministrazione farmaci SÍ NO
 e) Cura piaghe SÍ NO occasionalmente
 f) Ossigenoterapia durante il giorno SÍ NO occasionalmente
 g) Terapie iniettive SÍ NO
 h) Altro: specificare _____

MALATTIE INFETTIVE/CONTAGIOSE? SÌ NO

SE SÌ QUALI? _____

DIAGNOSI: _____

TERAPIE IN CORSO: _____

DATA _____

IL MEDICO CURANTE

Timbro e firma