

ALL'OMBRA DEL GELSO



DOMANDA DI ASSEGNAZIONE

ALLOGGIO PROTETTO PER ANZIANI

SCHEDA CONOSCITIVA - PARTE PER LA FAMIGLIA/CAREGIVER

COGNOME _____

NOME _____

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il _____ Residente a _____ via/Piazza _____ n° _____
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI NO _____ Ente erogatore _____ Invalidità SI NO _____ Codice Invalidità _____
Modalità di gestione del reddito	<input type="checkbox"/> Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro
Persona/familiare di riferimento	Sig./ra _____ tel. _____
Medico curante	Dr./Dr.ssa _____ tel. _____
Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc.	
Tipo di inserimento	<input type="checkbox"/> Temporaneo <input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
Rete familiare (persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge, altro)	
Diete particolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì - Specificare _____
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì - Specificare _____
Fumo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Alcool	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	

Data _____

Firma _____

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE

COGNOME _____	NOME _____
Nato a _____	il _____
Residente a _____	via/piazza _____
Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)	
Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse	
Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti	
Dispositivi in uso Catetere vescicale <input type="checkbox"/> Sondino naso-gastrico <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale <input type="checkbox"/> Pace-maker <input type="checkbox"/> ICD (defibrillatore) <input type="checkbox"/> Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Broncoaspirazione <input type="checkbox"/> Porth-a-cath <input type="checkbox"/> Ventilatore per insuff. respiratorie gravi <input type="checkbox"/>	
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
• Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) ALLERGIE	

Cadute negli ultimi sei mesi	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Specificare _____ _____ _____
Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> variazione ponderali negli ultimi sei mesi Note _____ _____ _____
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> Stabile nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg. <input type="checkbox"/> Moderatamente Stabile con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30 -60 giorni <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana <input type="checkbox"/> Instabile con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano con problemi che <input type="checkbox"/> Acuzie necessitano di più monitoraggi quotidiani

Data _____

Timbro, firma del medico e recapito telefonico

SCHEDA CONOSCITIVA - PARTE PER LA FAMIGLIA/CAREGIVER

Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia , braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo	<input type="checkbox"/> Non autonomo
Bagno/doccia	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo	<input type="checkbox"/> Non autonomo
Continenza vescicale	<input type="checkbox"/> Continente	<input type="checkbox"/> Non continente	<input type="checkbox"/> Uso di pannoloni
	<input type="checkbox"/> Catetere		
Continenza intestinale	<input type="checkbox"/> Continente	<input type="checkbox"/> Non continente	<input type="checkbox"/> Uso di pannoloni
	<input type="checkbox"/> Stomia		
Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo	<input type="checkbox"/> Non autonomo
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo	<input type="checkbox"/> Non autonomo
Vista	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Con lenti	<input type="checkbox"/> Cecità
Udito	<input type="checkbox"/> Integro	<input type="checkbox"/> Con ausilio	<input type="checkbox"/> Sordità
Capacità di leggere	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Capacità di scrivere	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Alterato	
Mobilità	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Con ausilio	<input type="checkbox"/> Protesi
	<input type="checkbox"/> Allettato		
Capacità di salire le scale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Con ausilio	<input type="checkbox"/> Non in grado
Trasferimento letto/carrozzina/poltrona	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Con auto	<input type="checkbox"/> Non in grado
Uso della sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì - Autonomo nell'uso?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ausili utilizzati	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sì - Specificare quali _____ <input type="checkbox"/> Di proprietà Fornito da _____ il _____		
Accetta la terapia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Assume la terapia autonomamente	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Sonno - riposo	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Disturbato	<input type="checkbox"/> Insonnia

Aggressività	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A volte
Tendenza alla fuga / perdersi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A volte
Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì - Specificare _____	
Previsione di contatti con il paziente (es. n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	_____ _____ _____ _____		

All'atto del ricovero, si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite.

Data _____

Firma _____

INDICE DI BARTHEL

COGNOME _____

NOME _____

Igiene personale

- 0 Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti
- 1 Necessita di aiuto per tutte le operazioni
- 3 Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene
- 4 In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e dopo le operazioni
- 5 Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere capace di truccarsi se abituata

Bagno/doccia (lavarsi)

- 0 Totale dipendenza dal lavarsi
- 1 Necessita di aiuto per tutte le operazioni
- 3 Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi
- 4 Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.)
- 5 Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato

Alimentazione

- 0 Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato.
- 2 Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.
- 5 Capace di alimentarsi da solo con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte nel the, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto o altro di portata
- 8 Indipendente nell'alimentarsi con cibi preparati su vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore
- 10 Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su un vassoio o tavolo e raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare la carne, e, se lo desidera, usare sale, pepe, spalmare il burro, ecc.

Abbigliamento

- 0 Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.
- 2 Capace di collaborare in qualche modo ma dipendente sotto tutti gli aspetti.
- 5 Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento
- 8 Necessita solo di minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci scarpe
- 10 Capace di indossare, togliere, chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi.

Continenza intestinale

- 0 Incontinente
- 2 Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.
- 5 Capace di assumere una posizione appropriata, ma non può eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza ed ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni ecc.
- 8 Può necessitare di supervisione con l'uso di supposte o enteroclisma, occasionali perdite
- 10 Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario

Continenza urinaria

- 0** Incontinente o catetere a dimora. Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni od esterni
- 2** Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno od interno
- 5** In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario uso parziale dei dispositivi
- 8** Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di un minimo aiuto per l'uso di dispositivi esterni od interni
- 10** Controllo completo durante il giorno o la notte e/o indipendente con i dispositivi interni od interni

Trasferimento letto o sedia

- 0** Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire il Paziente con o senza un levatore meccanico.
- 3** Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i momenti del trasferimento
- 8** Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento
- 12** Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza
- 15** Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. E'

Toilette

- 0** Completamente dipendente
- 2** Necessita di aiuto per tutti gli aspetti
- 5** Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani
- 8** Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla o pulirla.
- 10** Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o la padella. o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli

Scale

- 0** Incapace di salire e scendere le scale
- 2** Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili)
- 5** Capace di salire e scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza
- 8** In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione. per sicurezza o a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc...
- 10** In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza senza aiuto o supervisione. In grado di usare i corrimano, bastone o stampelle se necessario ed è in grado di portarli con sé durante la salita o la discesa

Deambulazione

- 0** Non in grado di deambulare autonomamente
- 3** Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione
- 8** Necessita dell'assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi
- 12** Indipendente nella deambulazione ma con autonomia < 50 metri Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose
- 15** Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare stampelle. bastoni o walker e deambulare per almeno 50 metri senza aiuto o supervisione

Uso della carrozzina (alternativo alla deambulazione)

- 0** Dipendente negli spostamenti con la carrozzina
- 1** Capace di spostamenti solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre
- 3** Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc....
- 4** Capace di spostarsi autonomamente per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette
- 5** Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, WC, ecc.). L'autonomia deve essere almeno di 50 metri

Punteggio totale _____ (punteggio massimo 100)

Il sottoscritto si rende a tutti gli effetti responsabile di quanto dichiarato.

Data _____

Timbro, firma del medico e recapito telefonico

SCHEDA CONOSCITIVA - PARTE PER LA FAMIGLIA/CAREGIVER

VALUTAZIONE IADL

COGNOME _____

NOME _____

Capacità di usare il telefono

- 0 No è capace di usare il telefono
- 1 E' in grado di rispondere al telefono, ma non comporre il numero
- 2 Compone solo alcuni numeri ben conosciuti
- 3 Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero, ecc.

Fare acquisti

- 0 E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi
- 1 Ha bisogno di essere accompagnato quando deve acquistare qualcosa
- 2 E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi senza aiuto
- 3 Fa tutte le proprie spese senza aiuto

Mezzi di trasporto

- 0 Non si sposta per niente
- 1 Può spostarsi soltanto con taxi o auto con l'assistenza di altri
- 2 Usa i mezzi pubblici se assistito o accompagnato da qualcuno
- 3 Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici
- 4 Si sposta da solo con mezzi pubblici o guidando la propria auto

Responsabilità nell'uso dei medicinali

- 0 Non è in grado di assumere le medicine da solo
- 1 E' in grado di assumere se preparati in anticipo in dosi separate
- 2 E' in grado di assumere i medicinali che gli sono stati prescritti nelle giuste dosi al giusto

Capacità di gestire le proprie finanze

- 0 E' incapace di maneggiare il denaro
- 1 Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, per gli acquisti maggiori etc.
- 2 Gestisce le proprie operazioni finanziarie indipendentemente, raccoglie e tiene nota delle entrate

Punteggio totale _____ (punteggio massimo 14)

Il sottoscritto si rende a tutti gli effetti responsabile di quanto dichiarato.

Data _____

Timbro, firma del medico e recapito telefonico
