



FONDAZIONE SERLINI ONLUS

R.S.A. E CENTRO MULTISERVIZI ANZIANI

Via Monte Grappa, 101 - 25035 Ospitaletto (BS)
Tel. Amministrazione 030643366 - Fax 0306846315 - Tel. Infermeria 030640225
C.F. 80019030172 - P.IVA 01738780178
e-mail rsaserlini@pec.it - segreteria@rsaserlini.it - www.rsaserlini.it

VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE (COMPILAZIONE RISERVATA AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

COGNOME E NOME..... DATA DI NASCITA.....

GRADO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI BASE

A. INDIPENDENTE
C. ELEVATA DIPENDENZA

B. PICCOLO AIUTO/SUPERVISIONE
D. TOTALE DIPENDENZA

	A	B	C	D
Alimentazione				
Abbigliamento				
Toilette personale				
Fare il bagno o la doccia				
Controllo sfintere vescicale				
Trasferimenti letto/sedia e viceversa				
Deambulazione				

PROFILO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

FUNZIONE	NORMALE	DEFICIT LIEVE	DEFICIT MODERATO	DEFICIT GRAVE
Memoria				
Orientamento spaziale				
Orientamento temporale				
Giudizio critico				
Linguaggio/Comprensione				
Riconoscimento persona				

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

DISTURBO	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE
Deliri				
Wandering				
Aggressività				
Allucinazioni				
Depressione				
Anoressia				
Irritabilità				
Insomnia				

STATO DI SALUTE SOMATICA – INDICE DI COMORBILITA'

1. ASSENTE

2. LIEVE

3. MODERATO

4. GRAVE

5. MOLTO
GRAVE

APPARATO	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:					

FATTORI DI GRAVITA'

Ausili movimento	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> bastone	<input type="checkbox"/> deambulatore	<input type="checkbox"/> carrozzina
Incontinenza	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> pannolone	<input type="checkbox"/> catetere vescicale	
Alimentazione artificiale	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sondino NG	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> parenterale
Insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> 6 ore	<input type="checkbox"/> costante	<input type="checkbox"/> ventilazione
Diabete	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> dieta	<input type="checkbox"/> ipoglicemizzante	<input type="checkbox"/> insulina
Dialisi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> peritoneale	<input type="checkbox"/> extracorporea	
Protezione	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> cintura	<input type="checkbox"/> spondina	
Cadute	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> numero ...	
Decubiti	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> numero ...	
Malattie infettive contagiose	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> specificare - - -	

Data

Timbro e Firma del Medico.....

Recapito telefonico.....