

Questionario medico per domanda di ammissione nella casa di riposo

Da compilare solo se non è stato ancora assegnato l'assegno di cura

Sig/Sig.ra
 nato/a in
 residente a
 residenza attuale.....

Spuntare la casella corrispondente:

- | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|
| Alzarsi spontaneamente | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> con sollecitazione
<input type="checkbox"/> con l'aiuto di una persona
<input type="checkbox"/> impossibile |
| Deambulazione senza aiuto | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> con ausili per la deambulazione
<input type="checkbox"/> con l'aiuto di almeno una persona
<input type="checkbox"/> impossibile |
| Lavarsi senza aiuto | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> con sollecitazione
<input type="checkbox"/> con l'aiuto di una persona
<input type="checkbox"/> impossibile |
| Vestirsi e spogliarsi senza aiuto | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> con sollecitazione
<input type="checkbox"/> con l'aiuto di una persona
<input type="checkbox"/> impossibile |
| Alimentazione autonoma | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> con sollecitazione
<input type="checkbox"/> con l'aiuto di una persona
<input type="checkbox"/> impossibile |
| Uso del bagno autonomo | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> con sollecitazione
<input type="checkbox"/> con l'aiuto di una persona
<input type="checkbox"/> impossibile |
| Soffre di incontinenza urinale | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> parziale | <input type="checkbox"/> no |
| Materiale per l'incontinenza necessario | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no | |
| Soffre di incontinenza fecale | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> parziale | <input type="checkbox"/> no |
| Materiale per l'incontinenza necessario | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no | |
| Allettato | <input type="checkbox"/> sì | | <input type="checkbox"/> no |
| Orientamento | | | |
| nel tempo | <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> leggermente disorientato | <input type="checkbox"/> molto disorientato |
| nello spazio | <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> leggermente disorientato | <input type="checkbox"/> molto disorientato |
| Udito | | | |
| | <input type="checkbox"/> buono | <input type="checkbox"/> diminuito | <input type="checkbox"/> apparecchio acustico compensa completamente
<input type="checkbox"/> apparecchio acustico compensa meno del 50% |

Vista bene diminuito Ausilio visivo compensa completamente
 Ausilio visivo compensa meno del 50%

Dolore raro frequentemente cronico
 compensazione possibile (p.e. con antidolorifici) compensazione non possibile (p.e. anche con l'aiuto dell'antidolorifico)

Comportamento relazionale

Riconosce i propri cari sì no
 Interazione attivo possibile solo passivamente
 Rifiuto - comportamento difensivo sì no

Comunicazione

Possibilità di esprimere il proprio bisogno sì no
 Comunicazione verbale possibile non possibile

Comportamento emotivo Non invadente o appropriato alla situazione di vita
 Comportamento aggressivo situazionale sì no

Esempi

Comportamento depressivo situazionale: sì no

Esempi

Aggressivo a lunga durata sì no
 Depressivo a lunga durata sì no
 Paure, compulsioni, allucinazioni sì no

Comportamento nel sonno dorme senza problemi apparenti sonno agitato
 Disturbo del sonno sì no

Disturbi da dipendenza no sì, ovvero:

Raccomandazioni del medico:

Fisioterapia Ergoterapia Logopedia Psicoterapia altro:.....

L'assistenza a domicilio ha senso sì no
 Possibilità di assistenza domiciliare sì no
 Assistenza in una casa di riposo a lungo termine indicata sì no
 Assistenza in una casa di riposo a tempo determinato indicata sì no

È confermato che il paziente non mostra segni di presenza di malattie infettive.

→ **IMPORTANTE: allegare la diagnosi attuale e il piano di trattamento in corso.**

Nome del Medico di base:

.....

Data

Timbro e firma del medico

.....

.....