

CASA di RIPOSO "PIETRO TORRIGLIA" - Fondazione di diritto privato

Via Preli, 4 - 16043 CHIAVARI Tel. 0185/30.77.78

email: pietrotorriglia.casadir42@gmail.com - P.e.c. casadiriposotorriglia@pec.it

**SCHEDA di VALUTAZIONE dei BISOGNI ASSISTENZIALI
per il RICOVERO di ANZIANI in ISTITUTO**

- La scheda deve essere compilata a cura del Medico di medicina generale che ha in carico il soggetto che intende presentare domanda di ammissione alla Casa di Riposo.
- Il Medico deve fornire dettagliate informazioni per ognuna delle voci elencate barrando la casella (o le caselle) che maggiormente descrive, o descrivono, lo stato psico-fisico della persona esaminata.
- Se il Sanitario ritenesse di fornire ulteriori e maggiori notizie può usufruire dello spazio in calce alla scheda.

SIG./SIG.RA _____

NATO/A a _____ IL _____
(Comune) (Provincia)

RESIDENTE in _____ (N.)
(Comune) (Via, Piazza, Corso, ecc)

COERENZA (comportamento adeguato alle circostanze)

sempre a volte mai

ORIENTAMENTO (nel tempo, nello spazio, riconosce le persone)

sempre a volte mai

INSERIMENTO SOCIALE (ha rapporti sociali armoniosi)

sempre a volte mai

VISTA senza l'ausilio di lenti

buona parzialmente buona non vedente

VISTA con l'ausilio di lenti

buona parzialmente buona non vedente

UDITO senza uso di protesi

- buono parzialmente buono sordo

UDITO con l'ausilio di protesi

- buono unilaterale bilaterale
 parzialmente buono

PAROLA

- parla normalmente difficoltà nell'esposizione gravi turbe dell'espressione verbale

IGIENE SUPERIORE (viso, braccia, mani)

- autosufficiente parzialmente autosufficiente non autosufficiente

IGIENE INFERIORE (bidè, bagno)

- autosufficiente parzialmente autosufficiente non autosufficiente

ABBIGLIAMENTO SUPERIORE (camicia, maglia, ecc.)

- autosufficiente parzialmente autosufficiente non autosufficiente

CONTINENZA URINARIA

- continente incontinente saltuario/a incontinente

CONTINENZA ANALE

- continente incontinente saltuario/a incontinente

MOBILIZZAZIONE da LETTO

- si alza da solo/a deve essere aiutato/a ma collabora deve essere alzato/a passivamente
 allettato (non si alza mai)

MOBILITA' all'INTERNO della RESIDENZA

- senza limiti solo in camera non si muove dal letto

AIUTO alla MOBILITA'

- nessun aiuto aiuto meccanico aiuto umano

MOBILITA' all'ESTERNO

- esce da solo/a deve essere accompagnato/a non esce mai

IGIENE POSTO LETTO

- riordina il letto e la stanza necessita di aiuto nessuna attività

TIPO ALIMENTAZIONE

- NORMALE SEMILQUIDA
 LIQUIDA LIQUIDA con ADDENSANTI ALTRO

(specificare se si è barrata la casella "altro")

INTOLLERANZE ALIMENTARI

- NO SI

(se la risposta è affermativa specificare quali)

AIUTO all'ALIMENTAZIONE

- nessuno aiuto per tagliare i cibi va imboccato e/o sorvegliato

PATOLOGIE in essere / SOFFERENZE pregresse

TERAPIA/E

NOTE (a discrezione del medico curante)
