

SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE LONGITUDINALE DELL'ANZIANO

Val.Graf.FVG 2019

Scheda RESIDENZIALE

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA-GIULIA

ANAGRAFICA

Cognome	
Nome	
Data di Nascita	C.F.

CIRCOSTANZE VALUTATIVE

Date di valutazione**

1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
----------------	----------------	----------------	----------------

** Data di valutazione della persona: nella forma giorno/mese/anno

G	N	2 Periodicità della rilevazione ⁺⁺	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
		Ingresso/Apertura caso				
		Rivalutazione periodica				
		Eventi particolari				
		Dimissione/Chiusura caso				

++ Barrare la rilevazione interessata in corrispondenza della relativa valutazione

Operatori che hanno compilato la scheda di VMD

COGNOME	NOME	Profilo professionale ¹	Firma/ sigla	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a

¹ Si intende la professione per la quale il lavoratore ha contratto il rapporto di lavoro e che svolge nell'erogazione del servizio.

Note/Commenti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFO PERSONALI

INFO PERSONALI				
G	N	2	Responsabilità legale	
			1 ^a	2 ^a
			3 ^a	4 ^a
			1 ^a	2 ^a
			3 ^a	4 ^a
			1 ^a	2 ^a
			3 ^a	4 ^a

RETE DI AIUTI

RETE DI AIUTI				
G	N	-	Persona di riferimento	
12	Nome	Cognome	Grado di parentela ¹	Telefono
	1 ^a			
	2 ^a			
	3 ^a			
	4 ^a			

¹GE=Genitore; CO=Coniuge/Convivente; FI=Figlio/a; NG=Nuora/Genero; FS=Fratello/Sorella; NI=Nipote; AL=Altro parente; AM=Amico/a; VI=Vicino/a

DIAGNOSI

DIAGNOSI											
G	N	D	Diagnosi mediche: inserire nelle celle il livello di priorità diagnostica utilizzando i seguenti codici								
			P = diagnosi principale (NB: per ogni singola valutazione ci può essere solo una diagnosi principale)								
			A = altra diagnosi associata								
			ICDIX - CM				1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	
		1									
		2									
		3									
		4									
		5									
		6									
		7									

Commenti

Commenti

Sezione 1 - ATTIVITÀ QUOTIDIANE (ADL)

1	1	1	Alimentazione			
2019			1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
A.	Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività: tagliare, spalmare, ecc.).					
B.	Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.					
C.	Capace di alimentarsi da solo ma con supervisione. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro, ecc.					
D.	Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es. cucchiaio).					
E.	Totalmente dipendente, deve essere imboccato.					
1	2	1	Farsi il bagno o la doccia			
2019			1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
A.	Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente autonomo.					
B.	Necessita di supervisione per la sicurezza (es. trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua, ecc.)					
C.	Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.					
D.	Collabora, ma necessita di aiuto per tutte le operazioni.					
E.	Totalmente dipendente nel lavarsi, non collabora.					
1	3	1	Continenza urinaria			
2019			1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
A.	Controllo completo sia di giorno che di notte OPPURE Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.).					
B.	Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.					
C.	Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.					
D.	Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.					
E.	Incontinente, non collabora.					
1 4 3			Necessità di pannolone/pannolino per incontinenza urinaria			
2019			No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si
1 4 9			Necessità di accompagnamento in bagno per prevenire l'incontinenza urinaria			
2019			No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si
1	5	1	Continenza intestinale			
2019			1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
A.	Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.					
B.	Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.					
C.	Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone.					
D.	Incontinente, collabora, ma necessita di aiuto in tutte le fasi.					
E.	Incontinente, non collabora.					
1 6 1			Necessità di pannolone/pannolino per incontinenza intestinale			
			No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si
1 6 2			Stomia			
			No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si
1 6 3			Clistere periodico, svuotamento dell'alvo			
2019			No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si
1 6 4			Stimolazione topica (ad es.: supposta di glicerina, microclismi, ecc.)			
			No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si
1 6 9			Necessità di accompagnamento in bagno per prevenire l'incontinenza intestinale			
2019			No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si

1	7	1	Usa del W.C.	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
2019	A.		Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare comoda, padella o pappagallo in modo autonomo (inclusi svuotamento e pulizia).				
	B.		Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.				
	C.		Necessita di aiuto per vestirsi/sgestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.				
	D.		Collabora, ma necessita di aiuto per tutte le operazioni.				
	E.		Totalmente dipendente, non collabora OPPURE Attività mai eseguita.				
1	7	2	Aiuto necessario nell'uso dei dispositivi per l'eliminazione	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
	A.		Nessun aiuto.				
	B.		Solo organizzazione.				
	C.		Presenza/aiuto di una persona.				
	D.		Aiuto di due o più persone.				
1	8	1	Abbigliamento	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
2019	A.		Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi.				
	B.		Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe, ecc.).				
	C.		Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.				
	D.		Capace di collaborare in minima parte ma dipendente in tutte le attività.				
	E.		Totalmente dipendente, non collabora alle attività.				
1	9	1	Igiene personale	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
2019	A.		Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.				
	B.		In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.				
	C.		Necessita di aiuto per una o più operazioni.				
	D.		Collabora, ma necessita di aiuto per tutte le operazioni.				
	E.		Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.				

Note/Commenti

.....

.....

.....

.....

.....

Sezione 2 - COMUNICAZIONE

2	1	1	Vista	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
			A. Vede abbastanza bene (con o senza occhiali).				
			B. Vede solo i caratteri grandi di giornali, riconosce le facce solo a 4/5 metri, ma riesce a svolgere da solo le normali attività quotidiane.				
			C. Ha una visione molto limitata ma segue ancora gli oggetti con gli occhi.				
			D. È cieco o vede solo le luci, i colori.				
2	2	1	Udito (con o senza apparecchio acustico)	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
			A. Sente le normali conversazioni, la TV, il telefono.				
			B. Ha qualche difficoltà in ambiente non silenzioso.				
			C. Sente quello che gli si dice direttamente solo a condizione di parlare ad alta voce o ha bisogno di qualcuno che gli applichi l'apparecchio acustico.				
			D. Ha un udito molto compromesso.				
2	3	1	Capacità di comunicare / farsi capire dagli altri	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
2019			A. Si fa capire normalmente.				
			B. Riesce ad esprimere concetti e desideri anche complessi, ma ha difficoltà a trovare o finire i concetti.				
			C. Spesso non riesce ad esprimere concetti e desideri complessi.				
			D. Comunica solo i bisogni elementari o riesce a rispondere a domande semplici (si/no).				
			E. È incapace di comunicare, non riesce mai a farsi capire dagli altri.				
2	4	1	Uso del TELEFONO: come vengono eseguite e ricevute le telefonate	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
2019			A. Indipendente: usa il telefono.				
			B. Ha bisogno di qualche aiuto per effettuare le chiamate.				
			C. Usa il telefono solo per ricevere le chiamate.				
			D. Non usa mai né telefono né cellulare.				

Note/Commenti

.....

.....

.....

.....

.....

Sezione 3 - MOBILITÀ

3	1	1	Scale	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
2019	A.		È in grado di salire e scendere una rampa di scale in sicurezza senza aiuto né supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.				
	B.		Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea, ecc.				
	C.		Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.				
	D.		Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.				
	E.		Incapace di salire e scendere le scale.				
3	2	1	Deambulazione	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
2019	A.		Capace di gestire protesi e ortesi se necessarie, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 metri senza aiuto o supervisione.				
	B.		Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.				
	C.		Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.				
	D.		Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.				
	E.		Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.				
3	3	1	Autosufficienza nei trasferimenti (dal/al letto carrozzina, letto poltrona/sedia, in piedi)	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
2019	A.		Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.				
	B.		Necessita la supervisione di una persona per maggior sicurezza				
	C.		Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.				
	D.		Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.				
	E.		Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevamalti OPPURE Attività mai eseguita.				
3	3	2	Aiuto necessario nei trasferimenti	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
	A.		Nessun aiuto.				
	B.		Solo organizzazione.				
	C.		Presenza/aiuto di una persona.				
	D.		Aiuto di due o più persone.				
	E.		Attività mai eseguita: non si è mai trasferito dal letto alla carrozzina/poltrona/sedia/in piedi.				
3	4	1	Autosufficienza nella mobilità a letto	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
	A.		Indipendente: è autosufficiente, nessun aiuto o supervisione.				
	B.		Supervisione e/o ha bisogno di aiuto non più di uno o due giorni nell'ultima settimana, senza necessità di essere sollevato.				
	C.		Assistenza limitata: è attivo, ma necessita di aiuto 3 o più giorni nell'ultima settimana, senza necessità di essere sollevato.				
	D.		Assistenza intensiva: sebbene la persona sia discretamente attiva necessita di aiuto per sollevarsi; oppure aiuto completo, tre o più giorni nell'ultima settimana, ma non tutti i giorni.				
	E.		Dipendenza totale: necessita di aiuto da parte di altri tutti i giorni.				
3	4	2	Aiuto necessario nella mobilità a letto	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
	A.		Nessun aiuto.				
	B.		Solo organizzazione.				
	C.		Presenza, aiuto di una persona.				
	D.		Presenza/aiuto di due o più persone.				

3	5	1	Carrozzina	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
2019	A.	Non usa la carrozzina.					
	B.	Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, W.C., ecc.) con autonomia di almeno 50 metri.					
	C.	Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.					
	D.	Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.					
	E.	Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre.					
	F.	Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.					

Note/Commenti							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							

Sezione 4 - ATTIVITÀ STRUMENTALI (IADL)

4	0	0	ALERT	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
	OK.	Nel rispondere agli ITEM della sezione 4, considerare la reale capacità della persona qualora fosse messa nelle condizioni di poter eseguire le attività.					

4	1	1	Gestione dei farmaci	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
2019	A.	Indipendente.					
	B.	Riceve aiuto in qualche occasione o necessita che gli venga ricordata l'assunzione di farmaci.					
	C.	Assistenza intensiva; riceve aiuto in tutte le occasioni. Prende i farmaci da solo, come prescritto solo se sono preparati in anticipo in modo ordinato.					
	D.	Totalmente dipendente.					

4	4	1	Gestione delle proprie finanze	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
2019	A.	Indipendente; si occupa da solo delle sue finanze.					
	B.	Qualche aiuto; ha bisogno di guida e/o di sorveglianza in qualche occasione.					
	C.	Assistenza intensiva; la persona riceve aiuto in tutte le occasioni, ma collabora.					
	D.	Totalmente dipendente; la persona è incapace di usare il denaro					

Note/Commenti							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							

Sezione 5 - ASPETTI COGNITIVI

5	1	5		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
			Ricorda parole dette 5 minuti prima (ad es.: casa, pane, gatto)				
			A. Sempre, tutte e tre.				
			B. Non tutte, o tutte e tre qualche volta sì, qualche volta no.				
			C. Nessuna, mai.				
5	2	1	Memoria	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
	2019		A. Nessuna perdita di memoria o smemoratezza occasionale ed irrilevante.				
			B. Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi.				
			C. Perdita memoria moderata e più rilevante per eventi recenti con interferenza nelle attività quotidiane.				
			D. Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente.				
			E. Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti.				
5	3	1	Orientamento spaziale	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
			A. Esce di casa/struttura senza problemi e si orienta bene anche in ambienti nuovi o poco familiari (ad es.: in vacanza, in gita).				
			B. Si è perso qualche volta di giorno fuori di casa/struttura, ma negli spazi noti (ad es.: in giardino, nelle vie vicine) si orienta correttamente.				
			C. È talora disorientato anche in casa o nei luoghi diventati familiari (ad es.: non trova la stanza, il bagno).				
			D. È spesso o costantemente disorientato anche in casa/struttura.				
5	3	2	Orientamento temporale	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
	2019		A. Perfettamente orientato.				
			B. Lieve difficoltà: non riconosce la data odierna.				
			C. Moderato deficit: non ricorda nemmeno il mese o la stagione.				
			D. Completamente disorientato				
5	4	1	Capacità di prendere decisioni	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
	2019		A. Decide autonomamente come vestirsi, come mangiare e come organizzare la giornata.				
			B. Come A, ma ha alcune difficoltà a far fronte a situazioni o problemi nuovi.				
			C. Ha bisogno di supporto, promozione, supervisione, ma prende ancora qualche decisione.				
			D. Prende solo decisioni semplici (sì/no).				
			E. Totalmente dipendente e incapace di prendere delle decisioni.				
5	5	1	Riconoscimento di persone	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
			A. Riconosce con prontezza anche persone non del tutto familiari (es.: visitatori occasionali).				
			B. Riconosce i familiari e gli operatori abituali, ma non persone meno note.				
			C. Qualche volta non riconosce nemmeno le persone più care o chi lo accudisce ogni giorno.				
			D. Non riconosce nessuno.				
5	6	1	Capacità cognitiva di comprendere	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
			A. La comprensione (della parola e dei gesti) è sempre pronta anche per messaggi complessi.				
			B. Bisogna spiegargli più volte le cose, ma alla fine capisce.				
			C. La comprensione è ridotta e si limita a messaggi semplici (es. cibo, sorriso, carezze).				
			D. La comprensione è completamente compromessa.				

Sezione 6 - ASPETTI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI

6	1	1	La persona ha espresso affermazioni negative "Nulla è importante; preferirei essere morto; qual'è lo scopo di tutto ciò; mi dispiace di aver vissuto così a lungo; lasciatemi morire"	1^a	2^a	3^a	4^a
			A. No, mai.				
			B. Sì, fino a 2 giorni a settimana.				
			C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.				
			D. Sì, giornalmente o quasi.				
6	1	2	La persona è persistentemente arrabbiata con sé o con gli altri o si irrita per niente	1^a	2^a	3^a	4^a
			A. No, mai.				
			B. Sì, fino a 2 giorni a settimana.				
			C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.				
			D. Sì, giornalmente o quasi.				
6	1	3	La persona esprime paure non confermate dalla realtà dei fatti (ad es.: paura di essere abbandonata, lasciata sola, paura di stare con gli altri)	1^a	2^a	3^a	4^a
2019			A. No, mai.				
			B. Sì, fino a 2 giorni a settimana.				
			C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.				
			D. Sì, giornalmente o quasi.				
6	1	4	La persona si lamenta in modo ripetitivo della sua salute (ad es.: richiede costantemente l'attenzione del personale/familiare, si preoccupa in modo ossessivo delle funzioni corporali)	1^a	2^a	3^a	4^a
			A. No, mai.				
			B. Sì, fino a 2 giorni a settimana.				
			C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.				
			D. Sì, giornalmente o quasi.				
6	1	5	La persona ha manifestazioni ripetute di ansia, preoccupazione (ad es.: chiede insistentemente attenzione, rassicurazione circa gli orari, i pasti, la lavanderia, i vestiti, gli aspetti relazionali)	1^a	2^a	3^a	4^a
			A. No, mai.				
			B. Sì, fino a 2 giorni a settimana.				
			C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.				
			D. Sì, giornalmente o quasi.				
6	1	6	Espressione della faccia triste, addolorata, preoccupata (ad es. fronte accigliata)	1^a	2^a	3^a	4^a
			A. No, mai.				
			B. Sì, fino a 2 giorni a settimana.				
			C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.				
			D. Sì, giornalmente o quasi.				

6	1	7	Pianto, facilità alle lacrime	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
			A. No, mai.				
			B. Sì, fino a 2 giorni a settimana.				
			C. Sì, da 3 a 5 giorni a settimana.				
			D. Sì, giornalmente o quasi.				

6	2	1	Disturbi del sonno (disturbi dell'inizio e del mantenimento del sonno)	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
			A. Assenti.				
			B. Sì, fino a 2 notti a settimana.				
			C. Sì, da 3 a 5 notti a settimana.				
			D. Sì, giornalmente o quasi.				

6	3	1	Irrequietezza notturna e disturbo per gli altri	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
		2019	A. Assenti.				
			B. Irrequietezza presente ma senza disturbo per gli altri.				
			C. Occasionale irrequietezza con disturbo per gli altri (1-2 notti a settimana).				
			D. Frequente irrequietezza con disturbo per gli altri (almeno 3 notti a settimana).				

6	3	2	Problemi di vagabondaggio (la persona vaga senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza)	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
		2019	A. Problemi assenti.				
			B. Problemi presenti da 1 a 3 giorni a settimana.				
			C. Problemi presenti da 4 a 6 giorni a settimana.				
			D. Problemi quotidiani.				

6	3	3	Problemi di aggressività verbale (ad es.: spaventa, insulta, minaccia, grida ad altre persone)	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
			A. Problemi assenti.				
			B. Problemi presenti da 1 a 3 giorni a settimana.				
			C. Problemi presenti da 4 a 6 giorni a settimana.				
			D. Problemi quotidiani.				

6	3	4	Problemi di aggressività fisica	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
			A. Problemi assenti.				
			B. Problemi presenti da 1 a 3 giorni a settimana.				
			C. Problemi presenti da 4 a 6 giorni a settimana.				
			D. Problemi quotidiani.				

6	3	5	Problemi di inadeguatezza sociale e atteggiamento disinibito (ad es.: compie atti osceni, si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose altrui)			
2019			1^a	2^a	3^a	4^a
A.	Problemi assenti.					
B.	Problemi presenti da 1 a 3 giorni a settimana.					
C.	Problemi presenti da 4 a 6 giorni a settimana.					
D.	Problemi quotidiani.					

6	3	6	Necessità di incessanti interventi verbali o fisici determinati dal grado di complessità del disturbo comportamentale e/o cognitivo della persona			
2019			1^a	2^a	3^a	4^a
A.	Necessità di interventi: assente.					
B.	Necessità di interventi: presente da 1 a 3 giorni a settimana.					
C.	Necessità di interventi: presente da 4 a 6 giorni a settimana.					
D.	Necessità di interventi: presente quotidianamente.					

Note/Commenti	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Sezione 7 - SOCIEVOLEZZA, RAPPORTI INTERPERSONALI, ATTIVITÀ

7	2	1	Socievolezza			
2019			1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
A.			È socievole, prende l'iniziativa.			
B.			Ha contatti solo occasionali.			
C.			Rifiuta i contatti.			
D.			Attività mai eseguite (es. coma o demenza grave).			

7	3	1	Problemi di collaborazione all'assistenza (ad es.: la persona rifiuta le medicine e aiuto nelle ADL) a causa di problemi cognitivi e/o comportamentali o disturbi dell'umore			
2019			1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
A.			Problemi assenti.			
B.			Problemi fino a 3 giorni a settimana.			
C.			Problemi più frequenti, da 4 a 6 giorni a settimana.			
D.			Problemi quotidiani.			

7	3	2	Frequenza di contatti con parenti e amici incluse le telefonate			
2019			1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
A.			Quotidianamente.			
B.			Settimanalmente.			
C.			Mensilmente.			
D.			Quasi mai o mai.			

7	4	1	Frequenza con cui la persona partecipa ad attività ricreative o sociali (ad es.: giocare a carte o a tombola, frequentare gruppi per fare qualcosa insieme oppure giocare con i nipoti)			
2019			1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
A.			Quotidianamente.			
B.			Settimanalmente.			
C.			Mensilmente.			
D.			Quasi mai o mai.			

7	5	1	Frequenza con cui la persona esce sola o accompagnata (non solo in cortile e/o giardino)			
2019			1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
A.			Quotidianamente.			
B.			Settimanalmente.			
C.			Mensilmente.			
D.			Quasi mai o mai.			

Note/Commenti

.....

.....

.....

.....

Sezione 8 - PROBLEMI ASSISTENZIALI, BISOGNO DI SORVEGLIANZA

8	1	1	Lesioni cutanee dovute a qualsiasi causa (ad es.: lesioni da pressione, da stasi, ischemica, diabetica ecc.) - incluse quelle del piede	1^a	2^a	3^a	4^a
			A. Assenti e non a rischio.				
			B. A rischio (per ictus, immobilità, ecc.)				
			C. Presenti				
8	1	2	Lesioni cutanee dovute a qualsiasi causa (ad es.: lesione da pressione, da stasi, ischemica, diabetica ecc.), all'interno delle caselle riportare il numero di lesioni in corrispondenza dello stato indicato nella descrizione	1^a	2^a	3^a	4^a
2019			A. Eritema non sbiancabile (categoria/stadio 1): indicare il numero di lesioni.				
			B. Perdita cutanea a spessore parziale (categoria/stadio 2): indicare il numero di lesioni.				
			C. Perdita cutanea a spessore totale (categoria/stadio 3): indicare il numero di lesioni.				
			D. Perdita di tessuto a spessore totale (categoria/stadio 4): indicare il numero di lesioni.				
			E. Profondità sconosciuta (non stadiabili): indicare il numero di lesioni.				
			F. Profondità sconosciuta (sospetto danno profondo del tessuto): indicare il numero di lesioni.				
8	1	4	Lesioni da pressione: all'interno delle caselle riportare il numero di lesioni in corrispondenza dello stato indicato nella descrizione	1^a	2^a	3^a	4^a
2019			A. Eritema non sbiancabile (categoria/stadio 1): indicare il numero di lesioni.				
			B. Perdita cutanea a spessore parziale (categoria/stadio 2): indicare il numero di lesioni.				
			C. Perdita cutanea a spessore totale (categoria/stadio 3): indicare il numero di lesioni.				
			D. Perdita di tessuto a spessore totale (categoria/stadio 4): indicare il numero di lesioni.				
			E. Profondità sconosciuta (non stadiabili): indicare il numero di lesioni.				
			F. Profondità sconosciuta (sospetto danno profondo del tessuto): indicare il numero di lesioni.				
8	2	1	Ustioni di II e III grado (con vescicole, bolle, escara, necrosi, ecc.)	1^a	2^a	3^a	4^a
				No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si
8	2	2	Lesioni aperte diverse da lesioni da pressione (ad es.: tagli, lesioni cancerose) incluse quelle del piede	No	No	No	No
2019				Si	Si	Si	Si
8	3	4	Medicazione della lesione (qualunque intervento per il trattamento di una lesione incluse quelle ai piedi)	No	No	No	No
2019				Si	Si	Si	Si
8	5	1	Rischio di instabilità di equilibrio	No	No	No	No
2019				Si	Si	Si	Si
8	5	2	Presenza di instabilità di equilibrio	1^a	2^a	3^a	4^a
2019			A. La persona è già caduta nell'ultimo anno.				
			B. La persona presenta un'instabilità nell'alzarsi e/o nel cammino.				
			C. La persona ha paura di cadere.				
			<small>Compilare solo se 8.5.1 = SI</small>				
8	5	3	Segni di disidratazione (ad es.: lingua e labbra screpolate, pelle secca, beve meno di 3 bicchieri al giorno. Fluidi eliminati maggiori di quelli assunti, ecc.)	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si
8	5	6	Dolore - intensità: indicare, in una scala da 0 a 10 l'intensità di dolore percepita dalla persona				
2019							
8	5	7	Dolore - frequenza: se è presente, il dolore è quotidiano?	No	No	No	No
			<small>Compilare solo se 8.5.6 = SI</small>	Si	Si	Si	Si

8	5	8	Dolore - farmaci antidolorifici:	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
2019	A.	No.					
	B.	Semplici analgesici o antinfiammatori (ad es.: FANS, paracetamolo).					
	C.	Oppiacei minori (o oppioidi deboli).					
	D.	Oppiacei maggiori (o oppioidi forti).					
8	5	9	Via di somministrazione degli oppioidi	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
2019	A.	Transdermica.					
Compilare solo se 8.5.8 = C or D	B.	Orale.					
	C.	Parenterale.					
8	5	10	Dolore - insorgenza:	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
2019	A.	Spontanea.					
Compilare solo se 8.5.6 > 0	B.	Al movimento.					
8	5	11	Alterazioni della deglutizione	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
2019	A.	Alterazioni assenti.					
	B.	Alterazioni minime, iniziale rallentamento e scarsa efficienza della deglutizione.					
	C.	Alterazioni solo relativamente ai cibi solidi.					
	D.	Alterazioni solo relativamente ai cibi semiliquidi/liquidi.					
	E.	Alterazione moderato-severa per cibi di qualsiasi consistenza (solidi, semiliquidi e liquidi).					
	F.	Alterazione completa (non riesce a deglutire nulla oppure deglutisce soltanto la saliva).					

Note/Commenti							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							

Sezione 9 - SINTOMI/SEGNI/STATI MORBOSI PARTICOLARI ED INTERVENTI

			1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	
9	1	1	Coma / stato vegetativo / stato di minima coscienza	No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si	
9	1	2	Allucinazioni	No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si	
9	1	3	Deliri	No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si	
9	1	8	Diabete mellito	No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si	
9	1	9	Emiplegia/emiparesi	No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si	
9	1	10	Paraplegia/paraparesi	No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si	
9	1	11	Tetraplegia/tetraparesi	No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si	
9	1	12	Sclerosi multipla / Sclerosi Laterale Amiotrofica / altre malattie demielinizzanti	No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si	
9	1	16	Malattie infettive croniche o recidivanti (ad es. Infezioni da microorganismi sentinella, tubercolosi, AIDS e altre condizioni legate all'immunodeficienza, epatite infettiva,...)	No	No	No	No
9	5	4	Perdita di peso (oltre il 5% nell'ultimo mese oppure il 10% negli ultimi sei mesi)	No	No	No	No
9	5	7	Indice di massa corporea				
9	6	4	Trattamento farmacologico con insulina - in terapia cronica	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si
9	6	5	Trattamento con farmaci ipoglicemizzanti orali - in terapia cronica	No	No	No	No
9	6	6	Trattamento con farmaci anticoagulanti - in terapia cronica	No	No	No	No
9	6	7	Trattamento con sostanze chemioterapiche - in corso	No	No	No	No
9	6	8	Trattamento con sostanze radioattive - in corso	No	No	No	No
9	6	9	Trasfusione di sangue e componenti ematici - con periodicità almeno mensile	No	No	No	No
9	6	10	Catetere venoso centrale/Port a cath/PICC/Midline	No	No	No	No
9	6	11	Numero di principi attivi diversi assunti in media ogni giorno per qualunque via di somministrazione esclusi colliri, pomate e placebo				
9	6	12	Numero di GIORNI alla settimana, in cui la persona riceve farmaci per via intramuscolare e/o sottocutanea in terapia cronica				
9	6	13	Numero di GIORNI alla settimana, in cui la persona riceve fluidi per via endovenosa in terapia cronica				
9	6	14	Numero di GIORNI in cui il medico ha cambiato la prescrizione (nelle ultime 2 settimane)				
9	6	15	Numero di GIORNI in cui la persona ha ricevuto visite mediche (nelle ultime 2 settimane)				
9	6	16	Procedure terapeutiche relative a malattia oncologica - in corso	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si
9	6	17	Interventi di cure palliative, incluso assistenza al fine vita - in corso	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si
9	7	1	Ossigenoterapia a lungo termine - almeno 15 ore al giorno - in corso	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si
9	7	2	Ventilazione/respirazione forzata - in corso	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si
9	7	3	Aspirazione bronchiale - in corso	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si
9	7	4	Tracheostomia	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si
9	8	1	Stomia urinaria	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si
9	8	2	Catetere vescicale (escludere i cateteri estemporanei)	No	No	No	No
				Si	Si	Si	Si

			1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a				
9	8	3	Dialisi - in corso				No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si				
2019										
9	9	2	Alimentazione artificiale per via parenterale - in corso				No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si				
2019										
9	9	3	Alimentazione artificiale per via enterale - in corso				No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si				
2019										
9	10	1	Fisioterapia respiratoria				No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si				
2019										
9	10	2	Mobilizzazione attiva/passiva				No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si				
2019										
9	10	7	Compilazione di schede dettagliate quotidiane per il monitoraggio idrico				No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si				
2019										
9	10	8	Compilazione di schede dettagliate quotidiane per il monitoraggio alimentare				No	No	No	No
			Si	Si	Si	Si				
2019										

Note/Commenti									
.....									
.....									
.....									
.....									
.....									

