

# *ALL'OMBRA DEL GELSO*



*DOMANDA DI ASSEGNAZIONE*

*ALLOGGIO PROTETTO PER ANZIANI*

SCHEDA CONOSCITIVA - PARTE PER LA FAMIGLIA/CAREGIVER

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE

COGNOME _____	NOME _____
Nato a _____	il _____
Residente a _____	via/piazza _____
<b>Anamnesi patologica remota</b> 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)	
<b>Malattie infettive note</b> epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse	
<b>Situazione clinica attuale</b> patologie in atto condizioni invalidanti	
<b>Dispositivi in uso</b> 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"/>	
<b>Ausili/presidi in uso</b> Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
• <b>Lesioni da decubito</b> • <b>Ferite chirurgiche in trattamento</b> Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)	
<b>Terapia in atto</b> 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) <b>ALLERGIE</b>	

<b>Cadute negli ultimi sei mesi</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Interventi programmati</b> 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 _____ _____ _____
<b>Stato nutrizionale</b>	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> variazione ponderali negli ultimi sei mesi Note _____ _____ _____
<b>Giudizio sulla stabilità clinica</b>	<input type="checkbox"/> <b>Stabile</b> nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.  <input type="checkbox"/> <b>Moderatamente Stabile</b> con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30 -60 giorni  <input type="checkbox"/> <b>Moderatamente instabile</b> 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"/> <b>Instabile</b> con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano con problemi che  <input type="checkbox"/> <b>Acuzie</b> necessitano di più monitoraggi quotidiani

Data \_\_\_\_\_

Timbro, firma del medico e recapito telefonico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SCHEDA CONOSCITIVA - PARTE PER LA FAMIGLIA/CAREGIVER

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

<b>Aggressività</b>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A volte
<b>Tendenza alla fuga / perdersi</b>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A volte
<b>Cadute negli ultimi 6 mesi</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì - Specificare _____	
<b>Previsione di contatti con il paziente</b> (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 enteroclima, occasionali perdite
- 10 Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclima 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_