

Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ resid \_\_\_\_\_

**INDICE DI VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE**

Per ciascuna delle funzioni elencate contrassegnare la descrizione meglio corrispondente.

**Sez. A) FATTORI MEDICO-BIOLOGICI**

| 1) CAPACITA' DI MOVIMENTO                                           | 2) STATO MENTALE                                                       | 3) ORIENTAMENTO TEMPORO-SPAZIALE                                | 4) FUNZIONI SENSORIALI                                                      | 5) CONTROLLO DEGLI SFINTERI                                                   |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| cammina autonomamente <input type="checkbox"/> 0                    | parla e comprende <input type="checkbox"/> 0                           | orientato <input type="checkbox"/> 0                            | apparentemente normali <input type="checkbox"/> 0                           | controllo completo <input type="checkbox"/> 0                                 |
| cammina con bastone o altro supporto <input type="checkbox"/> 10    | comprende soltanto <input type="checkbox"/> 25                         | parzialmente orientato <input type="checkbox"/> 25              | deficit tatto/gusto <input type="checkbox"/> 5                              | incontinenza urinaria episodica <input type="checkbox"/> 10                   |
| cammina con l'aiuto di un'altra persona <input type="checkbox"/> 25 | non comprende <input type="checkbox"/> 75                              | disorientato frequentemente <input type="checkbox"/> 50         | deficit uditivo <input type="checkbox"/> 15                                 | incontinenza urinaria notturna <input type="checkbox"/> 25                    |
| seduto su carrozzina <input type="checkbox"/> 50                    | comportamento aggressivo e pericoloso <input type="checkbox"/> 100     | stabilmente disorientato <input type="checkbox"/> 75            | deficit visivo <input type="checkbox"/> 25                                  | incontinenza urinaria diurna <input type="checkbox"/> 30                      |
| allettato <input type="checkbox"/> 100                              |                                                                        |                                                                 | deficit visivo grave <input type="checkbox"/> 50                            | portatore di catetere a permanenza <input type="checkbox"/> 50                |
|                                                                     |                                                                        |                                                                 | deficit uditivo grave e/o visivo globale grave <input type="checkbox"/> 100 | incontinenza doppia (urinaria e fecale) <input type="checkbox"/> 100          |
| 6) PIAGHE DA DECUBITO                                               | 7) ALIMENTAZIONE                                                       | 8) IGIENE PERSONALE ED ABBIGLIAMENTO                            | 9) RITMO SONNO-VEGLIA                                                       | 10) CONDIZIONI DI SALUTE                                                      |
| assenti <input type="checkbox"/> 0                                  | indipendente <input type="checkbox"/> 0                                | autonomia e sufficienza completa <input type="checkbox"/> 0     | regolare <input type="checkbox"/> 0                                         | buona salute, non necessita di cure mediche <input type="checkbox"/> 0        |
| superficiali (stadio I - II) <input type="checkbox"/> 25            | mangia da solo pasti già preparati <input type="checkbox"/> 25         | necessità di aiuto e/o supervisione <input type="checkbox"/> 25 | irrequietezza notturna <input type="checkbox"/> 10                          | necessità di cure mediche saltuarie a domicilio <input type="checkbox"/> 5    |
| profonde (stadio III) <input type="checkbox"/> 75                   | necessita di aiuto (deve essere imboccato) <input type="checkbox"/> 50 | deve essere lavato e vestito <input type="checkbox"/> 50        | sonnolenza diurna ed irrequietezza notturna <input type="checkbox"/> 25     | necessità di cure mediche settimanali a domicilio <input type="checkbox"/> 25 |
| profonde (stadio IV) <input type="checkbox"/> 100                   |                                                                        |                                                                 | completa alterazione (inversione del ritmo) <input type="checkbox"/> 50     | necessità di cure mediche quotidiane <input type="checkbox"/> 75              |

**Sez. B) FATTORI SOCIO-AMBIENTALI**

| 11) FABBISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA                                         | 12) SITUAZIONE ABITATIVA DOMICILIARE                                          | 13) SITUAZIONE FAMILIARE                                                             | 14) SITUAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA                                              | 15) CONTATTO SOCIALE                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| buona salute, non necessita di assistenza infermieristica <input type="checkbox"/> 0 | alloggio idoneo <input type="checkbox"/> 0                                    | famiglia collaborante ed in grado di fornire assistenza <input type="checkbox"/> 0   | completamente sufficiente <input type="checkbox"/> 0                              | attivo ed autonomo senza limitazioni geografiche <input type="checkbox"/> 0 |
| necessità saltuaria di assistenza infermieristica <input type="checkbox"/> 5         | manca di alcuni servizi all'interno dell'alloggio <input type="checkbox"/> 15 | famiglia che necessita di aiuto per la cura dell'anziano <input type="checkbox"/> 25 | necessità di aiuto da parte dei parenti <input type="checkbox"/> 5                | autonomo nell'ambito del quartiere o paese <input type="checkbox"/> 10      |
| necessità di supervisione nell'assunzione di medicinali <input type="checkbox"/> 10  | barriere architettoniche <input type="checkbox"/> 25                          | famiglia incapace o non collaborante <input type="checkbox"/> 35                     | necessità di aiuto da parte di conoscenti o volontari <input type="checkbox"/> 15 | limitato al vicinato <input type="checkbox"/> 25                            |
| necessità di assistenza infermieristica 1 v./settimana <input type="checkbox"/> 25   |                                                                               | senza famiglia/amici <input type="checkbox"/> 50                                     | precarietà <input type="checkbox"/> 20                                            | limitato alla famiglia <input type="checkbox"/> 35                          |
| necessità di assistenza infermieristica quotidiana <input type="checkbox"/> 50       |                                                                               |                                                                                      | povertà estrema <input type="checkbox"/> 25                                       | isolamento <input type="checkbox"/> 50                                      |

Note \_\_\_\_\_

Punteggio Fattori Medico Biologici ..... Punteggio Fattori Socio Ambientali ..... Punteggio Totale .....

- **AUTOSUFFICIENZA** < 100 (ammissibile in R.A.A.)
- **PARZIALE AUTOSUFFICIENZA** 100-200 (ammissibile in R.A.)
- **NON AUTOSUFFICIENZA** > 200 (caso da sottoporre all'U.V.G.)

Data \_\_\_\_\_

IL MEDICO CURANTE \_\_\_\_\_