



CITTA' DI GIAVENO

Provincia di Torino

COD. AVV. POST. 10094

Residenza per anziani "Silvana Ramello"

SCHEDA MEDICA PER L'ISCRIZIONE

Cognome nome dell'ospite _____

N.B. crociare la voce che interessa e se pregresse o in atto specificare:

1) AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI:

- NO _____
 PREGRESSE _____
 IN ATTO _____

2) MALATTIE ENDOCRINE

- NO _____
 PREGRESSE _____
 IN ATTO _____

3) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE:

- NO _____
 PREGRESSE _____
 IN ATTO _____

4) TURBE PSICHICHE:

- NO _____
 PREGRESSE _____
 IN ATTO _____

5) MALATTIE DEL SANGUE:

- NO _____
 PREGRESSE _____
 IN ATTO _____

6) MALATTIE APPARATO UROGENITALE:

- NO _____
 PREGRESSE _____
 IN ATTO _____

7) MALATTIE A CARICO DELL'APPARATO LOCOMOTORE:

- NO _____
 PREGRESSE _____
 IN ATTO _____

8) MALATTIE DERMATOLOGICHE (PIAGHE DA DECUBITO,ECC..)

- NO _____
- PREGRESSE _____
- IN ATTO _____

9) ALLERGIE:

- SI QUALI _____
- NO

10) DIABETE:

- SI QUALI _____
- NO

11) DISTURBI DEL COMPORTAMENTO:

- SI QUALI _____
- NO

12) ALTRE MALATTIE IN ATTO (SPECIFICARE):

13) TERAPIA IN CORSO:

14) INCONTINENZA:

- URINARIA: NO SI (SPECIFICARE SE CATETERE O PANNOLONE) _____
FECALE: NO SI

15) CONDIZIONI DI AUTOSUFFICIENZA: (GIUDIZIO COMPLESSIV):

- BUONA
- DISCRETA
- SCARSA
- NULLA

16) MOBILITÀ

- AUTONOMA
- CAMMINA CON AIUTO
- NECESSITA DI CARROZZELLA
- COSTRETTO/A A LETTO

17) ALIMENTAZIONE:

- AUTONOMA
- DEVE ESSERE IMBOCCATO
- RIFIUTA IL CIBO
- DIETE PARTICOLARI
- ALTRO

18) IGIENE DEL CORPO:

- AUTONOMA
- PARZIALMENTE AUTONOMA
- NON AUTONOMA

19) CONDIZIONI GENERALI DI NUTRIZIONE:

-
-
-
-

BUONE
DISCRETE
SCADENTI
GRAVI

SI CERTIFICA CHE IL/LA SIG./SIG.RA _____
NATO/A A _____ NON È AFFETTO/A DA MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE IN ATTO E
NON PRESENTA TURBE PSICO-FISCHE TALI CHE NON CONSENTONO LA VITA IN COMUNITÀ.

IL MEDICO CURANTE

D.M.I. (Indice Medico di Non Autosufficienza)*

CRITERI ASSOLUTI:

E' motivo di appartenenza alla categoria dei non autosufficienti per "**ragioni sanitarie**" il riscontro di almeno una delle seguenti situazioni:

- Doppia incontinenza
- Grave deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
- Gravi disturbi del linguaggio e della comunicazione
- Malattie in fase terminale (quando si prevede il decesso entro 3 o 6 mesi)
- Marcata compromissione delle capacità visive e/o uditive non correggibili con protesi
- Necessità di terapie multiple e complesse
- Piaghe da decubito

CRITERI RELATIVI:

E' motivo di appartenenza alla categoria dei non autosufficienti per "**ragioni sanitarie**" il riscontro di tre o più delle seguenti situazioni:

- Confusione temporo-spaziale episodica
- Deficit sensoriali visivi e/o uditivi solo parzialmente correggibili
- Disturbi del linguaggio e della comunicazione moderati
- Incontinenza saltuaria
- L'uso obbligatorio ma autonomo della carrozzella
- Modesto deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
- Patologie croniche in compenso labile
- Turbe vertiginose con tendenza alle cadute

*F.Fabris e Coll., Min Med. 80, suppl. 1, 1989 (modificato)

Punteggio 0 = nessun criterio

Punteggio 1 = 2 criteri relativi

Punteggio 2 = almeno 3 criteri relativi e/o almeno un criterio assoluto

PUNTEGGIO	Non dipendente 0	Parzialmente dipendente 1	Dipendente per motivi sanitari 2
------------------	----------------------------	-------------------------------------	--

....., lì

FIRMA E TIMBRO

.....