



OPERA DON ORIONE
SANREMO

OPERA DON ORIONE - SANREMO VIA G. GALILEI 713

TEL. 0184 59851 - FAX 0184 598566

solo la carità salverà il mondo

(Don Orione)

a cura del medico curante

CERTIFICAZIONE MEDICA PER LA DOMANDA DI AMMISSIONE

il sottoscritto Dott. _____ Medico curante del Sig. _____

nato il ___/___/_____ a _____

DICHIARO CHE IL MIO ASSISTITO E' O E' STATO AFFETTO DA :

. ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	se si da quanto tempo?	_____	
. diabete mellito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se si da quanto tempo?	_____	
. Insufficienza renale cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se si da quanto tempo? su quale base?	_____	
	SI	NO	ATTUALE	PREGRESSA	TIPO DI MALATTIA ED EPOCA DI ESORDIO
. Cardiopatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie vascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie polmonari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Tubercolosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Epatopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Epatite virale B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie neurologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie endocrine o metaboliche (escl. Diabete)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie gastroenteriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Salmonellosi o parassitosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Incontinenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie urologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie dermatologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie veneree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	SI	NO	ATTUALE	PREGRESSA	TIPO DI MALATTIA ED EPOCA DI ESORDIO
. Malattie ginecologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie o traumi del sist. Muscolo scheletrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie del sist. Immunitario, comprese allergie a farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie psichiatriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Malattie infettive contagiose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Disturbi visivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Disturbi uditivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
. Altre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

. E' mai stato sottoposto ad interventi chirurgici? SI NO

. Se si, quando e per quale motivo _____

. E' mai stato sottoposto a emotrasfusione? SI NO

. E' mai stato ricoverato in ospedale psichiatrico o a causa di malattie psichiatriche? SI NO

. Se si, quando e per quanto tempo? _____

	SI	NO	ATTUALMENTE	PRECEDENTEMENTE
. E' mai stato in terapia con neurolettici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. E' mai stato in terapia con antidepressivi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. E' o è mai stato dedito all'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Ha mai mostrato propositi suicidi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. E' mai stato aggressivo verso gli altri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	LIEVI	GRAVI
. Presenta sintomi (anche lievi) legati a verosimilmente cerebro-involuzione (p.es. disorientamento spazio-temporale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Gode di benefici connessi con lo stato di invalidità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			HA PRESENTATO DOMANDA IL _____	
. Gode di benefici di fornitura di pannoloni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
. E' in possesso di presidi sanitari concessi da S.S.N. (es. carrozzella, girello, materassino antidecubito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ALTRE ANNOTAZIONI EVENTUALI _____

TERAPIA IN ATTO _____

. Vaccinazioni: antinfluenzale antipneumococcico

	SI	NO	PERMANENTE
. Catetere vescicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Peg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
. SNG (sondino-naso gastrico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
. CVC (catetere venoso celebrale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

INDICATORE COGNITIVITA' E COMPORTAMENTO

CONFUSIONE	
E' completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive, la personalità è completamente destrutturata.	1
E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe.	2
Appare incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo e nello spazio	3
E' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente	4

IRRITABILITA'	
Qualsiasi contatto è causa di irritabilità	1
Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità, che non sempre è in grado di controllare	2
Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.	3
Non mostra segni di irritabilità ed è calmo.	4

IRREQUIETEZZA	
Cammina avanti e indietro incessantemente, senza fermarsi, ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo.	1
Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano.	2
Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà a mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti.	3
Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.	4

INDICI DI SELF CARE	Può fare da solo	necessita di aiuto	Totalmente incapace
Bere da un bicchiere	4	2	0
Mangiare	6	3	0
Vestire parte superiore corpo	5	3	0
Vestire parte inferiore corpo	7	4	0
Indossare protesi arto	0	-2	0
Riassettarsi	5	3	0
Lavarsi o fare il bagno	6	3	0
Controllare l'alvo	10	5	0
Controllare la minzione	10	5	0

INDICI DI MOTILITA'	Può fare da solo	necessita di aiuto	Totalmente incapace
Sedersi-alzarsi dalla sedia	15	7	0
Sedersi-alzarsi dal WC	6	3	0
Entrare e uscire dalla vasca	1	0	0
Camminare 50 metri in piano	15	10	0
Salire-scendere 10 scale	10	5	0
muovere una sedia a rotelle *	5	0	0

* Calcolare solo se deambulazione = 0

Indice i Barthel calcolato

Cut-off 20/60/100

Per indice Barthel = 60 sono richiesti 120 minuti di assistenza / 24 h.

L'esaminatore

SCALE DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA

Lowton M.P. e Brody E.M.: "Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living".

Gerontologist; 1969, 9:179-86

USO DEL TELEFONO		BIANCHERIA	
Usa il telefono di propria iniziativa		Fa bucato personalmente e completamente	1
Compone solo alcuni numeri ben conosciuti		Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1
Risponde ma non è capace di comporre il numero		Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0
Non risponde al telefono		Non applicabile	NA
Non applicabile	NA		
ACQUISTI		MEZZI DI TRASPORTO	
Fa tutte le proprie spese senza aiuto		Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
Fa piccoli acquisti senza aiuto		Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1
Ha bisogno di essere accompagnato		Usa mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1
Completamente incapace di fare acquisti		Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza	0
Non applicabile		Non si sposta per niente	0
		Non applicabile	NA
PREPARAZIONE DEL CIBO		RESPONSABILITA' NELL'USO DI FARMACI	
Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati		Prende le medicine che gli sono state prescritte	1
Prepara pasti adeguati solo se vengono procurati gli ingredienti		Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0
Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata		Non è in grado di prendere le medicine da solo	0
Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti		Non applicabile	NA
Non applicabili	NA		
GOVERNO CASA		CAPACITA' DI MANEGGIARE IL DENARO	
Mantiene la casa da solo/a o con occasionale assistenza (ad es. auto per i lavori pesanti)		Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
Esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa		E' in grado di fare piccoli acquisti	1
Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa		E' incapace di maneggiare i soldi	1
Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa		Non applicabile	NA
Non applicabile			

ELENCO ESAMI DA PRESENTARE

E
S
A
M
I

D
A

P
R
E
S
E
N
T
A
R
E

- . EMOCROMO + FORMULA
- . AZOTEMIA
- . CREATININA
- . ELETTROLITI
- . GLICEMIA
- . TRANSAMINASI
- . GAMMA G.T.
- . ESAME COMPLETO DELLE URINE
- . MARKERSEPATITE B+C
- . T.P.H.A.
- . AB HIV
- . ELETTROCARDIOGRAMMA recente (max sei mesi)
- RX TORACE recente (max sei mesi)

COMUNICAZIONE MEDICA

Preghiamo i familiari che avessero ulteriori documentazioni (dimissioni da ricoveri anche lontane nel tempo, risultati di esami non usuali , TAC, esami di funzionalità tiroidea, referti di visite specialistiche ecc. ecc.) di fornirne una copia nel momento del ricovero. Grazie

PARTE RISERVATA AL COORDINATORE SANITARIO (Medico della struttura)

La persona è da ritenersi:

NON AUTOSUFFICIENTE

AUTOSUFFICIENTE

DATA ___/___/___

Timbro e firma _____

