

## SCHEDE DI VALUTAZIONE TARATE SUL MALATO ONCOLOGICO

<b>A.D.L.</b> <b>( Index of Indipendence in Activities of Daily Living )<sup>1</sup></b>		
	punteggio	
(AD1) FARE IL BAGNO	1	<input type="checkbox"/> 1) - NON RICEVE ALCUNA ASSISTENZA ( entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno ) <input type="checkbox"/> 2) - RICEVE ASSISTENZA NEL LAVARE SOLO UNA PARTE DEL CORPO ( Es. la schiena o una gamba )
	0	<input type="checkbox"/> 3) - RICEVE ASSISTENZA NEL LAVARE PIU' DI UNA PARTE DEL CORPO ( O RIMANE NON LAVATO )
(AD2) VESTIRSI	1	<input type="checkbox"/> 1) - PRENDE GLI ABITI E SI VESTE COMPLETAMENTE SENZA ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 2) - PRENDE GLI ABITI E SI VESTE COMPLETAMENTE SENZA ASSISTENZA, TRANNE CHE PER ALLACCIARE LE SCARPE
	0	<input type="checkbox"/> 3) - RICEVE ASSISTENZA NEL PRENDERE GLI ABITI O NEL VESTIRSI OPPURE RIMANE PARZIALMENTE O COMPLETAMENTE SVESTITO
(AD3) USO DEI SERVIZI	1	<input type="checkbox"/> 1) - VA AI SERVIZI, SI PULISCE, SI RIVESTE SENZA ASSISTENZA ( può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda vuotandola al mattino )
	0	<input type="checkbox"/> 2) - RICEVE ASSISTENZA NELL' ANDARE AI SERVIZI O NEL PULIRSI O NEL RIVESTIRSI O NELL'USARE LA PADELLA O LA COMODA <input type="checkbox"/> 3) - NON VA AI SERVIZI PER I BISOGNI CORPORALI
(AD4) SPOSTARSI	1	<input type="checkbox"/> 1) - ENTRA ED ESCE DAL LETTO COME PURE SI SIEDE E SI ALZA DALLA SEDIA SENZA ASSISTENZA ( può usare supporti come il bastone o il deambulatore )
	0	<input type="checkbox"/> 2) - ENTRA ED ESCE DAL LETTO COME PURE SI SIEDE E SI ALZA DALLA SEDIA CON ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 3) - NON SI ALZA DAL LETTO
(AD5) CONTINEN- ZA	1	<input type="checkbox"/> 1) - CONTROLLA COMPLETAMENTE DA SOLO LA MINZIONE O LA DEFECAZIONE
	0	<input type="checkbox"/> 2) - HA OCCASIONALI " INCIDENTI " <input type="checkbox"/> 3) - IL CONTROLLO DELLA MINZIONE O DELLA DEFECAZIONE E' CONDIZIONATA DALLA SORVEGLIANZA ; USA IL CATETERE O E' INCONTINENTE
(AD6) ALIMENTAR- SI	1	<input type="checkbox"/> 1) - SI ALIMENTA DA SOLO SENZA ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 2) - SI ALIMENTA DA SOLO ECCETTO CHE NECESSITA DI ASSISTENZA PER TAGLIARE LA CARNE O PER SPALMARE IL BURRO SUL PANE
	0	<input type="checkbox"/> 3) - RICEVE ASSISTENZA NELL'ALIMENTARSI O VIENE ALIMENTATO PARZIALMENTE O COMPLETAMENTE PER SONDINO O PER VIA ENDOVENOSA

## VALUTAZIONE NUMERICA

(AD-TOT) PUNTEGGIO TOTALE A.D.L. ( range 0 - 6 ) : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> S.Katz, T.D. Downs, H.R. Cash, R.C. Grotz : "Progress in development of the index of ADL". Gerontologist, 1, 20, 1970, modificata da L.Z. Rubenstein.

## VALUTAZIONE DESCRITTIVA A.D.L.

<b>A</b>	INDIPENDENTE NELL'ALIMENTARSI, NELLA CONTINENZA, NELLO SPOSTARSI, NELL'USO DEI SERVIZI, NEL VESTIRSI E NEL FARE IL BAGNO
<b>B</b>	INDIPENDENTE IN TUTTE LE SUDETTE FUNZIONI ECCETTO UNA
<b>C</b>	INDIPENDENTE IN TUTTE LE FUNZIONI ECCETTO CHE NEL FARE IL BAGNO ED IN UN'ALTRA FUNZIONE
<b>D</b>	INDIPENDENTE IN TUTTE LE FUNZIONI ECCETTO CHE NEL FARE IL BAGNO, NEL VESTIRSI ED IN UN'ALTRA FUNZIONE
<b>E</b>	INDIPENDENTE IN TUTTE LE FUNZIONI ECCETTO CHE NEL FARE IL BAGNO, NEL VESTIRSI, NELL'USO DEI SERVIZI ED IN UN'ALTRA FUNZIONE
<b>F</b>	INDIPENDENTE IN TUTTE LE FUNZIONI ECCETTO CHE NEL FARE IL BAGNO, NEL VESTIRSI, NELL'USO DEI SERVIZI, NELLO SPOSTARSI ED IN UN'ALTRA FUNZIONE
<b>G</b>	DIPENDENTE IN TUTTE LE SEI FUNZIONI
<b>ALTRO</b>	DIPENDENTE IN ALMENO DUE FUNZIONI MA NON CLASSIFICABILE COME C , D , E o F

I.A.D.L. ( Instrumental Activities of Daily Living Scale ) <sup>2</sup>		
	punti	
(IA1) A) CAPACITA' DI USARE IL TELEFONO	1	3 <input type="checkbox"/> USA IL TELEFONO DI PROPRIA INIZIATIVA, ALZA IL MICROFONO E COMPONE IL NUMERO 2 <input type="checkbox"/> COMPONE SOLO ALCUNI NUMERI BEN CONOSCIUTI 1 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI RISPOND. AL TELEFONO, MA NON DI CHIAMARE
	0	0 <input type="checkbox"/> NON E' CAPACE DI USARE IL TELEFONO
(IA2) B) MOVIM. PER ACQUISTI NEI NEGOZI	1	3 <input type="checkbox"/> SI PRENDE AUTONOMAMENTE CURA DI TUTTE LE NECESSITA' DI ACQUISTI NEI NEGOZI
	0	2 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI EFFETT. SOLO PICCOLI ACQUISTI NEI NEGOZI 1 <input type="checkbox"/> NECESSITA DI ESSERE ACCOMPAGNATO PER QUALSIASI GIRO DI ACQUISTI NEI NEGOZI 0 <input type="checkbox"/> E' DEL TUTTO INCAPACE DI FARE ACQUISTI NEI NEGOZI
(IA3) C) MEZZI DI TRASPORT.	1	4 <input type="checkbox"/> SI SPOSTA DA SOLO SUI MEZ. PUBBL. O GUIDA LA PROPRIA AUTO 3 <input type="checkbox"/> ORGANIZZA I PROPRI SPOSTAMENTI CON TAXI, MA NON USA I MEZZI PUBBLICI 2 <input type="checkbox"/> USA I MEZZI PUBBLICI SE ACCOMPAGNATO DA QUALCUNO
	0	1 <input type="checkbox"/> PUO' SPOSTARSI SOLTANTO CON TAXI O CON AUTO CON L' ASSISTENZA DI ALTRI 0 <input type="checkbox"/> NON SI SPOSTA PER NIENTE
(IA4) D) RESPONSA- BILITA' NELL'USO DI FARMACI	1	2 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI ASSUMERE I MEDICINALI NELLE GIUSTE DOSI E AL TEMPO GIUSTO
	0	1 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI ASSUMERE I MEDICINALI SE PREPARATI IN ANTICIPO IN DOSI SEPARATE 0 <input type="checkbox"/> NON E' IN GRADO DI ASSUMERE LE MEDICINE DA SOLO
(IA5) E) CAPACITA' DI GESTIRE IL DENARO	1	2 <input type="checkbox"/> GESTISCE LE OPERAZIONI FINANZIARIE INDIPENDENTEMENTE ( bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate ) 1 <input type="checkbox"/> GESTISCE GLI ACQUISTI QUOTIDIANI, MA NECESSITA DI AIUTO PER LE OPERAZ. BANCARIE, GLI ACQUISTI MAGGIORI, ECC.
	0	0 <input type="checkbox"/> E' INCAPACE DI MANEGGIARE IL DENARO
(IA6) F) CUCINARE	1	<input type="checkbox"/> SI PREPARA E SI SERVE I PASTI DA SOLO
	0	<input type="checkbox"/> ASSUME CIBO INADEGUATO ANCHE SE PREPARATO DA SOLO O GLI DEVONO ESSERE FORNITI GLI INGREDIENTI
(IA7) G) ACCUD. LA CASA	1	<input type="checkbox"/> FA LAVORI LEGGERI DA SOLO ANCHE SE NON MANTIENE LA CASA PULITA O VA AIUTATO MA FA TUTTI I LAVORI
	0	<input type="checkbox"/> NON FA ALCUN LAVORO DOMESTICO
(IA8) H) BUCATO	1	<input type="checkbox"/> LAVA DA SOLO TUTTO O SOLO LA BIANCHERIA
	0	<input type="checkbox"/> TUTTO IL BUCATO E' FATTO DA ALTRI

(IA-TOT) PUNTEGGIO TOTALE I.A.D.L. ( range 0 - 8 ) : \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> M.P. Lawton, E.M. Brody : "Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living". Gerontologist, 9, 179, 1969, mod. da L.Z. Rubenstein.

<b>TEST DI PFEIFFER</b> <b>( SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE ) (SPMSQ)</b>
--

**RISPONDE CORRETTAMENTE ALLE SEGUENTI DOMANDE ?**

Scrivere **0** se la risposta è esatta ed **1** se errata

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| (SP1) Qual è la data di oggi ( giorno, mese, anno )      | <input type="checkbox"/> |
| (SP2) Che giorno della settimana                         | <input type="checkbox"/> |
| (SP3) In quale luogo ci troviamo                         | <input type="checkbox"/> |
| (SP4) Qual è il suo numero di telefono                   | <input type="checkbox"/> |
| (SP4a) Qual è il suo indirizzo                           | <input type="checkbox"/> |
| (SP5) Quanti anni ha                                     | <input type="checkbox"/> |
| (SP6) Quando è nato ( giorno, mese, anno )               | <input type="checkbox"/> |
| (SP7) Chi è il presidente della Repubblica ( o il Papa ) | <input type="checkbox"/> |
| (SP8) Chi era il presidente precedente                   | <input type="checkbox"/> |
| (SP9) Quale era il cognome di sua madre da ragazza       | <input type="checkbox"/> |
| (SP10) Sottragga 3 da 20 e da ogni numero fino in fondo  | <input type="checkbox"/> |

Porre le domande da 1 a 10 ;

chiedere la domanda 4a solo se il soggetto non ha telefono ;

sommare le risposte errate, sottraendo un errore se il soggetto ha frequentato fino alle scuole elementari e aggiungendo un errore se ha frequentato scuole oltre le medie superiori.

(SP-TOT) PUNTEGGIO TOTALE S.P.M.S.Q. ( range 0 - 10 ) \_\_\_\_\_

<b>VALUTAZIONE ASPETTI SENSORIALI <sup>(3)</sup> E DI COMUNICAZIONE</b>
---

<b>CAPACITA' VISIVA</b> ( anche se con occhiali ) ( far leggere al paziente il titolo di un giornale )	1	<input type="checkbox"/>	LETTURA RAPIDA SENZA ERRORI
	2	<input type="checkbox"/>	LETTURA LENTA CON ERRORI
	3	<input type="checkbox"/>	NON RIESCE A LEGGERE
<b>CAPACITA' UDIVIVA</b> ( anche se con protesi acustica ) ( valutare l'ascolto e la ripetizione di frasi )	1	<input type="checkbox"/>	SENTE A VOCE NORMALE
	2	<input type="checkbox"/>	SENTE SOLO A VOCE ALTA
	3	<input type="checkbox"/>	NON SENTE AFFATTO
<b>CAPACITA' DI COMUNICAZIONE</b> ( capacità verbale e non verbale di comunicare )	1	<input type="checkbox"/>	BUONA - NON HA DIFFICOLTA' A COMUNICARE/COMPRENDERE
	2	<input type="checkbox"/>	MEDIA - PRESENTA DIFFICOLTA' NEL COMUNICARE/COMPRENDERE
	3	<input type="checkbox"/>	NON E' IN GRADO DI COMUNICARE/COMPRENDERE

<sup>3</sup> F. Fabris, 1989

# RISORSE SOCIALI

QUADRO A (QA) SITUAZIONE FAMILIARE E DI INTEGRAZIONE SOCIALE		QUADRO B (QB) SITUAZIONE ASSISTENZIALE																	
(QA1) - CON CHI VIVE :		(QB1) - TIPO DI SOSTEGNO IN ATTO																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">1 <input type="checkbox"/> SOLO</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2 <input type="checkbox"/> CON IL CONIUG. I FIGLI</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">3 <input type="checkbox"/> CON I FIGLI</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">4 <input type="checkbox"/> CON ALTRI</td> </tr> </table>		1 <input type="checkbox"/> SOLO	2 <input type="checkbox"/> CON IL CONIUG. I FIGLI	3 <input type="checkbox"/> CON I FIGLI	4 <input type="checkbox"/> CON ALTRI	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">frequenti</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Inesistenti</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		frequenti	Inesistenti	1 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> SOLO	2 <input type="checkbox"/> CON IL CONIUG. I FIGLI	3 <input type="checkbox"/> CON I FIGLI	4 <input type="checkbox"/> CON ALTRI																
frequenti	Inesistenti																		
1 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																		
2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																		
3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																		
4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																		
5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																		
(QA2) - RAPPORTI CON I FAMILIARI : grado di parentela		DA PARTE DI :																	
		(indicare il soggetto che eroga l'intervento : familiari, comune, usl, volontariato, ecc.)																	
		TIPOLOGIA :																	
		FREQUENZA :																	
(QA2.a) ESISTENZA DI EVENTUALI SITUAZIONI CONFLITTUALI :		(QB2) - SE HA BISOGNO DI AIUTO PUO' RICORRERE A :																	
		1 <input type="checkbox"/> CONIUGE      1 <input type="checkbox"/> PARENTI      1 <input type="checkbox"/> VICINI/AMICI																	
		1 <input type="checkbox"/> FIGLI            1 <input type="checkbox"/> VOLONTAR.      1 <input type="checkbox"/> PERSON. RETR.																	
		(QB3) - BISOGNI SOCIOASSISTENZIALI RILEVATI ( specificare ) :																	
		<input type="checkbox"/> ASSIST. DOMICIL. DOMEST. (SAD) <input type="checkbox"/> SOLUZIONE ABITATIVA <input type="checkbox"/> PASTI A DOMICILIO <input type="checkbox"/> CONTRIBUTO ECONOMICO <input type="checkbox"/> SERVIZIO LAVANDERIA <input type="checkbox"/> SEGRETARIATO SOCIALE <input type="checkbox"/> TELECONTROLLO <input type="checkbox"/> ALTRO ( SPECIFICARE ) <input type="checkbox"/> COMPAGNIA <input type="checkbox"/> MENSA																	
(QA3) - RAPPORTI CON AMICI E VICINATO :																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">1 <input type="checkbox"/> OTTIMI</td> <td style="width: 25%;">2 <input type="checkbox"/> BUONI</td> <td style="width: 25%;">3 <input type="checkbox"/> SUFFIC.</td> <td style="width: 25%;">4 <input type="checkbox"/> CARENTI</td> <td style="width: 25%;">5 <input type="checkbox"/> CONFLITT.</td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/> TV</td> <td>2 <input type="checkbox"/> PICC. OCCUP. FAMILIARI</td> <td>3 <input type="checkbox"/> HOBBIES</td> <td>4 <input type="checkbox"/> CINEMA O TEATRO</td> <td>5 <input type="checkbox"/> CIRCOLI O BAR</td> </tr> <tr> <td>6 <input type="checkbox"/> PARROC-CHIA</td> <td>7 <input type="checkbox"/> LAVORI DOMEST.</td> <td>8 <input type="checkbox"/> LETTO / POLTRONA</td> <td>9 <input type="checkbox"/> ALTRO</td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		1 <input type="checkbox"/> OTTIMI	2 <input type="checkbox"/> BUONI	3 <input type="checkbox"/> SUFFIC.	4 <input type="checkbox"/> CARENTI	5 <input type="checkbox"/> CONFLITT.	1 <input type="checkbox"/> TV	2 <input type="checkbox"/> PICC. OCCUP. FAMILIARI	3 <input type="checkbox"/> HOBBIES	4 <input type="checkbox"/> CINEMA O TEATRO	5 <input type="checkbox"/> CIRCOLI O BAR	6 <input type="checkbox"/> PARROC-CHIA	7 <input type="checkbox"/> LAVORI DOMEST.	8 <input type="checkbox"/> LETTO / POLTRONA	9 <input type="checkbox"/> ALTRO	10 <input type="checkbox"/>			
1 <input type="checkbox"/> OTTIMI	2 <input type="checkbox"/> BUONI	3 <input type="checkbox"/> SUFFIC.	4 <input type="checkbox"/> CARENTI	5 <input type="checkbox"/> CONFLITT.															
1 <input type="checkbox"/> TV	2 <input type="checkbox"/> PICC. OCCUP. FAMILIARI	3 <input type="checkbox"/> HOBBIES	4 <input type="checkbox"/> CINEMA O TEATRO	5 <input type="checkbox"/> CIRCOLI O BAR															
6 <input type="checkbox"/> PARROC-CHIA	7 <input type="checkbox"/> LAVORI DOMEST.	8 <input type="checkbox"/> LETTO / POLTRONA	9 <input type="checkbox"/> ALTRO	10 <input type="checkbox"/>															
(QA4) - COME TRASCORRE LA GIORNATA ( attività prevalenti ) :																			
CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE :		CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE :																	
<input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA : buon livello di accettazione familiare e sociale <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA : - discreto livello di accettazione familiare e sociale - rapporti saluvari con il clan familiare e sociale - rapporti saluvari con il clan familiare e sufficienti rapporti con la comunità.		<input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA : convive con i familiari che lo curano - è seguito dai familiari con rapporti quotidiani o frequenti <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA : ha assistenza saltuaria e/o insufficiente dei familiari/vicinato/volontariato <input type="checkbox"/> NON IDONEA : privo di assistenza dai parenti - rapporti con il vicinato e/o con il volontariato nulli																	
<input type="checkbox"/> NON IDONEA : conflittuali o inesistenti rapporti con il clan familiare e con la comunità.																			

# RISORSE ECONOMICHE

QUADRO C (QC) SITUAZIONE ABITATIVA		QUADRO D (QD) SITUAZIONE ECONOMICA	
(QC1) - TITOLO DI GODIMENTO DELL'ABITAZIONE	1 <input type="checkbox"/> proprietà 2 <input type="checkbox"/> affitto mensile (£) 3 <input type="checkbox"/> casa isolata 4 <input type="checkbox"/> gruppo di case 5 <input type="checkbox"/> centro storico	(QD1) - REDDITO PERSONALE :	
(QC2) - LOCALIZZAZIONE	1a <input type="checkbox"/> sufficienti 2a <input type="checkbox"/> insufficienti 3 <input type="checkbox"/> periferia 4 <input type="checkbox"/> centro storico 5 <input type="checkbox"/> frazione	(QD1a) - PENSIONI	
(QC3) - SERVIZI DI TRASPORTO	1b <input type="checkbox"/> accessibili 2b <input type="checkbox"/> non accessib.	(QD1b) - ALTRI REDDITI	
(QC4) - PIANO DELL'ABITAZIONE	0 <input type="checkbox"/> terra 1 <input type="checkbox"/> 1° 2 <input type="checkbox"/> 2° 3 <input type="checkbox"/> 3° 4 <input type="checkbox"/> 4° 5 <input type="checkbox"/> 5° 6 <input type="checkbox"/> sup. 5°	(QD1c) - % INVALIDITA'	
(QC5) - ASCENSORE	1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	(QD1d) - ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO	1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
(QC6) - HA UNA STANZA PROPRIA ?	1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	(QD2) - REDDITO DEI PARENTI TENUTI PER LEGGE AGLI ALIMENTI ( da compilarli solo se le prestazioni socio assistenziali sono condizionate da limiti di reddito ) :	
(QC7) - RISCALDAMENTO	1 <input type="checkbox"/> termos. 2 <input type="checkbox"/> stufe 3 <input type="checkbox"/> altro 4 <input type="checkbox"/> no	(a) Familiari (grado di parentela)	(b) n° componenti il nucleo
(QC8) - SERVIZI IGIENICI	1 <input type="checkbox"/> interni con bagno o doccia 2 <input type="checkbox"/> interni senza bagno-doccia 3 <input type="checkbox"/> esterni	(c) convivente con l'anziano	(d) reddito complessivo del nucleo (ult. dichiar. redditi)
(QC9) - TELEFONO	1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
(QC10) - BARRIERE ARCHITETTONICHE	(a) INTERNE 1a <input type="checkbox"/> si 2a <input type="checkbox"/> no (b) ESTERNE 1b <input type="checkbox"/> si 2b <input type="checkbox"/> no	1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE :			
1) - Situazione economica dell'assistito <input type="checkbox"/> IDONEA : reddito netto superiore a £ _____ pro capite <input type="checkbox"/> PARZ. IDONEA : reddito netto da £ _____ a £ _____ pro capite <input type="checkbox"/> NON IDONEA : reddito netto inferiore a £ _____ pro capite			
2) - Situazione economica dei parenti dell'assistito <input type="checkbox"/> IDONEA : buona, in grado di contribuire <input type="checkbox"/> PARZ. IDONEA : sufficiente, in grado di contribuire parzialmente <input type="checkbox"/> NON IDONEA : insufficiente, non in grado di contribuire			

**SINTESI DELLA VALUTAZIONE SOCIALE EFFETTUATA**

<p><b>RISORSE SOCIALI:</b></p> <p>(QA-TOT) Quadro A</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA</p> <p>2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA</p> <p>3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA</p>	<p>OSSERVAZIONI SULLA SITUAZIONE SOCIOECONOMICA ATTUALE DEL SOGGETTO E PROPOSTE ASSISTENZIALI</p>
<p>(QB-TOT) Quadro B</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA</p> <p>2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA</p> <p>3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA</p>	
<p><b>RISORSE ECONOMICHE:</b></p> <p>(QC-TOT) Quadro C</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA</p> <p>2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA</p> <p>3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA</p>	
<p>(QD-TOT) Quadro D</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA</p> <p>2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA</p> <p>3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA</p>	<p>Firma e qualifica del compilatore</p>

REGIONE MARCHE - AZIENDA USL N. [ ] [ ]

**Attivazione sistema delle cure domiciliari**

SEGNALAZIONE / PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DA PARTE DEL MEDICO DI MED. GEN.

Al Direttore del Distretto

(si prega di scrivere in stampatello maiuscolo)

SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI		
<input type="text"/> COGNOME	<input type="text"/> NOME	SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<input type="text"/> DATA DI NASCITA	<input type="text"/> COMUNE DI NASCITA	<input type="text"/> COD. SANIT.
<input type="text"/> COMUNE DI RESIDENZA	<input type="text"/> VIA	<input type="text"/> N° CIVICO
<input type="text"/> PERSONA DI RIFERIMENTO	<input type="text"/> N° TELEF. PERSONA DI RIFERIMENTO	<input type="text"/> N° TEL. ASSIST

necessita di:  Assistenza Domiciliare Integrata       Assistenza Infermierist. Domiciliare  
 Assistenza Domiciliare Programmata     

SEZIONE B - AUTOSUFFICIENZA (ADI)			
<input type="checkbox"/> persona non autosufficiente	<input type="checkbox"/> temporaneamente  <input type="checkbox"/> permanentemente	Punteggio scale VMD	
<input type="checkbox"/> persona parzialmente autosufficiente		ADL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> persona con limitazione lieve dell'autosufficienza		IADL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> persona autosufficiente ma in situaz. di rischio socio-sanitario		SPMSQ	<input type="text"/>
		FIM	<input type="text"/>

SEZIONE C - IMPOSSIBILITA' A DEAMBULARE (ADP) (ASSIST. INFERMIERIST. DOMICILIARE)		
<input type="checkbox"/>	Impossibilità permanente a deambulare	
<input type="checkbox"/>	Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni a causa di	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non autosufficienza	<input type="checkbox"/> Abitazione in piano alto e senza ascensore
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):	
<input type="checkbox"/>	Impossibilità a deambulare per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare):	

FAC-SIMILE MODULISTICA REGIONE MARCHE PER VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Il paz. presenta la seguente situazione socio-sanitaria (sez. D) e pertanto necessita delle seguenti prestazioni (sez. E/F) :

**SEZIONE D - DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI**


SEZIONE E - PRESTAZIONI SANITARIE					SEZIONE F - PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI						
	Data di inizio			Durata presunt			Data di inizio			Durata presunt	
	g	m	a	g	m		g	m	a	g	m
<input type="checkbox"/> assistenza medico generica						<input type="checkbox"/> assistenza sociale e segretariato sociale					
<input type="checkbox"/> assistenza infermieristica domiciliare (specificare) :											
<input type="checkbox"/> visita medico-specialistica domiciliare (specificare) :						<input type="checkbox"/> assistenza domestica (S.A.D.)					
<input type="checkbox"/> assist. riabilitat. e di recup. funz. a domicilio						<input type="checkbox"/> assistenza abitativa (compresa quella rivolta alla eliminazione delle barriere architettoniche)					
<input type="checkbox"/> servizio di telesoccorso-telecontrollo						<input type="checkbox"/> assistenza economica					
<input type="checkbox"/> fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari						<input type="checkbox"/> altro (specificare):					
<input type="checkbox"/> assist. OSA per :						<input type="checkbox"/> altro (specificare):					

Ritengo necessario recarmi a visitarlo al suo domicilio con cadenza :

**SEZIONE G - CADENZA DEGLI ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

<input type="checkbox"/> ogni ..... giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile
--	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

successive eventuali variazioni :

				data
<input type="checkbox"/> ogni ..... giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	
<input type="checkbox"/> ogni ..... giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	

Data	timbro, codice regionale e firma del medico
------	---

presentata al Distretto il _____ e approvata il _____	timbro e firma del coordinatore dell' U.V.D.
--	--