



FONDAZIONE CESARE GREGORINI ETS
 Residenza per anziani
 Via Matteotti 7 – 60030 SAN MARCELLO (AN) Tel.
 0731257415 - 0731267048
 Email: amministrazione@fondazionecesaregregorini.it
presidenza@fondazionecesaregregorini.it

AL PRESIDENTE
Residenza per Anziani
Fondazione Cesare Gregorini ETS
Via Matteotti, 7
60030 SAN MARCELLO (AN)

DOMANDA DI INGRESSO

GENERALITÀ DELL'OSPITE:

Il / La Sig. / a: nato/a il

a Sesso: M F Residente a

Via Cittadinanza figli n°.....

Stato Civile: celibe / nubile coniugato / a divorziato / a vedovo / a

Invalidità civile:% Certificato di accompagnamento: SI NO in attesa

Cod. Fisc. / Tess. San.

Ticket Esenzione: n° SI NO Tel.

Asur di residenza: Distretto:

Paternità: Maternità:

GARANTE/I -TUTORE -CURATORE -AMMINISTRATORE SOSTEGNO E/O TERZO/I COOBBIGATI SI IMPEGNA/NO AL PAGAMENTO DELLA RETTA:

Il / La sig. / a: C.F.:

nato/a a il

residente a via:

Il / La sig. / a: C.F.:

nato/a a il

residente a via:

Il / La sig. / a: C.F.:

nato/a a il

residente a via:

DICHIARO / DICHIARA / DICHIARANO di agire come: (1)- RAPPORTO DI PARENTELA)

(1) - Coniuge – Figlio /Figlia – Fratello /Sorella – Nipote Diretto / Indiretto – Genero /Nuora – Fiduciario - Amministratore di Sostegno -Tutore

dal Comune di

CHIEDENDO/NE l'ingresso nella Residenza per Anziani del :

sig./a: **in camera: SINGOLA DOPPIA;**

impegnandosi a comunicare l'eventuale rinuncia del posto qualora non fosse più interessata;

IN BASE ALLA DOMANDA PRESENTATA PER L'OSPITE:

Sig. / Sig.a	C.F.:
--------------------	-------------

DICHIARA / DICHIARANO / AUTORIZZA / AUTORIZZANO**CHE LA SITUAZIONE ECONOMICA DELL'OSPITE RISULTA ESSERE LA SEGUENTE:**

ENTE CHE EROGA LA PENSIONE	CATEGORIA	N°	IMPORTO MENSILE €
INPS / INPDAP <input type="checkbox"/>			
INDENNITA' DI ACCOMPAGNO <input type="checkbox"/>			
REVERSIBILITA' <input type="checkbox"/>			
ALTRO <input type="checkbox"/>			

- Di aver preso atto dell'importo della retta giornaliera di degenza e di accettare incondizionatamente tutte le norme previste nel "Regolamento interno degli Ospiti", rilasciato al momento della richiesta di presentazione della suddetta per l'ingresso

IMPEGNANDOSI PER SE E PER GLI EREDI:

- ❖ al pagamento **ANTICIPATO** della retta giornaliera di ospitalità tramite RID o Bonifico Bancario presso l'Istituto di Credito della Fondazione **ENTRO IL GIORNO 8 (OTTO) DEL MESE INTERESSATO** rispettandone le scadenze stabilite, per tutto il periodo di degenza della persona richiedente o per la quale si chiede l'ammissione, garantendo l'obbligazione con i propri beni mobili ed immobili, con i propri redditi e rendite di qualsiasi natura, prendendo atto che la tariffa giornaliera è stabilita al momento dell'ingresso in relazione al grado di autosufficienza, e potrà essere soggetta sia a variazioni dovute all'eventuale modifica delle condizioni psico-fisiche dell'Ospite, che ad eventuali altri aggiornamenti di volta in volta stabiliti dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione
- ❖ al pagamento delle eventuali spese sostenute da parte della Residenza per Anziani per farmaci e parafarmaci necessari all'Ospite medesimo da pagarsi direttamente in farmacia
- ❖ a provvedere per le dimissioni tempestive ed insindacabili dell'Ospite su richiesta motivata dell'Amministrazione dell'Ente
- ❖ a stipulare il Contratto di Ospitalità prima del giorno di ingresso dell'Ospite nella Residenza per Anziani

Nel caso di mancato pagamento anche di una sola mensilità:

L'Ospite Sig./ra

il Garante

il Garante

il Garante danno disponibilità, autorizzando la Fondazione

"C. Gregorini ETS", a farsi accreditare direttamente la pensione erogata dall'INPS di Cat. n°

TRA I NOMINATIVI SOPRA RIPORTATI, INDICANO, COME SOLO ED UNICO REFERENTE AUTORIZZATO A INTRATTENERE RAPPORTI CON LA STRUTTURA (Infermiera, Responsabile OSS, Segreteria, Amministrazione, ecc..)

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	❖

NOMINATIVI DEI FAMILIARI E/O CONOSCENTI AI QUALI L'ENTE POTRÀ RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITÀ CON LE SEGUENTI PRIORITÀ INDICATE:

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	❖

- ❖ **RAPPORTO DI PARENTELA:** Coniuge – Figlio – Figlia – Fratello – Sorella – Nipote Diretto / Indiretto – Genero – Nuora – Fiduciario – Amministratore di Sostegno – Tutore

CONOSCENZA DEI RISCHI CHE POSSONO ACCADERE ALL'INTERNO DELLA RESIDENZA PER ANZIANI

I referenti sono informati dei rischi generici che possono accadere all'interno della struttura ed in particolare, esonerando la Fondazione, delle seguenti situazioni:

- Nell'eventualità in cui il **cancello d'ingresso** rimanga inavvertitamente lasciato aperto e un'Ospite non autorizzato si allontani arbitrariamente dalla struttura, la Fondazione non risponde di eventuali conseguenze
- La Fondazione per tutelare la sicurezza degli Ospiti, è dotata di sistemi sorvegliati, e l'apertura degli ingressi è comandata dal personale in servizio automaticamente o tramite chiave
- Gli Ospiti sono soggetti agli stessi rischi ed agli stessi tipi di infortuni che possono capitare in casa
- Si garantisce giornalmente un'assistenza agli Ospiti nei posti non convenzionati uguale a quelli convenzionati
- La Residenza per Anziani al fine di dare maggiore svago all'Ospite durante la permanenza in struttura potrebbe organizzare durante l'anno delle uscite

CONSAPEVOLI DI TUTTO CIÒ, DANNO IL LORO ASSENSO: SI NO

AUTORIZZAZIONE ALL'USO DEGLI AUSILI VARI PER LA MOBILITÀ ED EVENTUALI MEZZI DI CONTENZIONE**PREMESSO CHE:**

- uno dei principi prioritari degli **OPERATORI** è di proteggere l'Anziano non Autosufficiente, senza limitarne la libertà, nel rispetto delle leggi e dei Codici Deontologici
- Gli **OPERATORI** devono agire tra il diritto soggettivo ed inalienabile alla libertà individuale ed il dovere di tutelare la persona di fronte ad un possibile rischio, mediante **L'USO DEGLI AUSILI PER LA MOBILITÀ E LA CONTENZIONE**, che deve essere considerato come un **"Trattamento Terapeutico-Assistenziale"**, utilizzato per uno stato di necessità della persona, non per l'organizzazione del lavoro

Nell'uso di tale mezzo deve essere rispettato il principio che è **del M.M.G. (MEDICO di MEDICINA GENERALE) e dell'INFERMIERE** la responsabilità di valutare la situazione di un possibile rischio.

Pertanto sarà il **M.M.G. (MEDICO di MEDICINA GENERALE)** dell'Ospite, a proporre un'azione di contenzione proporzionata al rischio, monitorata e verificata periodicamente.

- Si chiede il consenso dell'interessato e dei loro familiari, non per **"COPERTURA LEGALE"** ma per adesione ad una pratica assistenziale.

Informati dei rischi che potrebbero succedere, se non fossero utilizzati gli ausili per la mobilità e gli eventuali mezzi di contenzione ritenuti necessari;

AUTORIZZANO: SI NO il personale **Infermieristico e Assistenziale** all'uso degli ausili per la mobilità e di eventuali mezzi di contenzione prescritti dal **M.M.G** su apposita scheda, **firmata sia dal M.M.G. (Medico Medicina Generale) dell'Ospite che dai referenti come dichiarato nella "DOMANDA DI INGRESSO"**

DICHIARA/DICHIARANO, che tutti i dati contenuti nella presente Domanda di Ingresso della Residenza per Anziani "Cesare Gregorini ETS" sono completi e veritieri (art. 46 del DPR 445/2000), **DICHIARANDO** di essere consapevole/i del fatto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal D.P.R. 445/2000, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 445/2000).

San Marcello

Firma dell'Ospite

Firma (1)

Firma (1)

Firma (1)

GRADO DI PARENTELA (1)

Figlio/Figlia – Coniuge – Fratello - Sorella - Nipote diretto/indiretto – Genero – Nuora - Fiduciario - Amministratore di Sostegno - Tutore

N.B.: ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO E CODICE FISCALE DELLE PERSONE RIPORTATE NELLA DOMANDA

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Gentile Utente,

secondo la normativa indicata, il trattamento dei suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Pertanto, in attuazione del Regolamento UE 2016/679, è gradito fornirle le seguenti informazioni:

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

FONDAZIONE "CESARE GREGORINI ETS"

Residenza per Anziani

Via Matteotti 7, 60030 San Marcello (AN)

TEL. 0731 267048 - 0731 257415

Email: amministrazione@fondazionecesaregregorini.it

Pec: fondazionecesaregregorini@pec.it

nella persona del suo Legale Rappresentante protempore

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

AVV. VERONICA PUNZO

PEC avvveronicapunzo@puntopec.it

INFORMAZIONI SUI DATI RACCOLTI

TRATTAMENTO DATI PERSONALI ANAGRAFICI, IDENTIFICATIVI, DI CONTATTO, FISCALI, BANCARI NONCHE' PARTICOLARI (ART. 9 GDPR) E GIUDIZIARI (ART. 10 GDPR)

FINALITÀ TRATTAMENTO

I Dati forniti dall'interessato e/o dal familiare di riferimento, del Tutore, dell'Amministratore di sostegno, verranno utilizzati avendo come fine istituzionale l'erogazione dei servizi di assistenza, cura e riabilitazione per gli ospiti della Struttura.

In particolare i dati conferiti verranno trattati per:

- A) La presa in carico della richiesta di ingresso in Struttura presentata ed altresì per l'eventuale successivo rapporto contrattuale stipulato;
- B) Finalità amministrativo-contabili legate alla gestione della richiesta presentata;
- C) Adempimento degli obblighi di legge connessi al rapporto precontrattuale e contrattuale;
- D) Collaborazioni professionali esterne per l'adempimento degli obblighi di legge;
- E) Analisi statistiche anonime.

LICEITÀ TRATTAMENTO

Finalità A, B ed E:

Senza il consenso espresso, quando il trattamento è necessario per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (art. 6 lett. b del GDPR).

Finalità C e D:

Senza il consenso espresso, quando il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento (art. 6 lett. c del GDPR).

Il trattamento dei Suoi dati particolari di cui all'art. 9 del GDPR che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati biometrici intesi ad identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute, alla vita sessuale e/o all'orientamento sessuale, sarà effettuato per la corretta gestione della domanda di ingresso in Struttura, previo rilascio del suo consenso espresso (art. 9, par. 2 lett. a del Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Finalità C e D:

Codice Civile Libro V; Legge 8 novembre 2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"; D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421, art. 8"; DPCM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"; Legge 241/1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"; Legge 104/1992 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"; Regolamento Europeo 679/2016/679 in materia di protezione dei dati personali e D. lgs 196/2003 e s.m.i.; D. Lgs. 101/2018 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE".

CATEGORIE DESTINATARI DEI DATI

Personale dell'Ente espressamente autorizzato al trattamento dei dati; Assistenti sociali; Enti previdenziali ed assistenziali; Società che gestiscono reti informatiche e telematiche e elaboratori di dati; Società di servizi postali; Comune per esigenze di assistenza sociale ed integrazione rispetto alle prestazioni socio-sanitarie; Regione per finalità di controllo della spesa sanitaria e dell'attività di erogazione delle prestazioni; Enti pubblici collegati all'Ente e/o al servizio cui la domanda di inserimento inerte.

TRASFERIMENTO DEI DATI AD UN PAESE TERZO: NO

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati conferiti in sede di "domanda di ingresso", saranno conservati fino al perfezionamento della stessa e successivamente inseriti all'interno della cartella dell'ospite. Nel caso di mancato inserimento, i dati verranno conservati per un tempo non superiore ad anni cinque dal loro conferimento.

OBBLIGATORIETÀ FORNITURA DEI DATI, MOTIVAZIONE E CONSEGUENZE MANCATA COMUNICAZIONE

Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'adempimento delle misure precontrattuali richieste. In mancanza di comunicazione non sarà possibile procedere all'erogazione del servizio.

FONTE DI ORIGINE DEI DATI

Raccolti presso l'interessato, il familiare di riferimento, il Tutore, l'Amministratore di Sostegno, forniti da Enti connessi alla gestione del servizio di ospitalità.

ESISTENZA DI PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI

Nessun processo decisionale automatizzato è stato implementato presso l'Ente.

Modalità del trattamento

I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nelle pertinenti banche dati cui potranno accedere gli addetti, espressamente designati dall'Ente come autorizzati o delegati del trattamento dei dati personali, che potranno effettuare operazioni di consultazione, utilizzo ed elaborazione, sempre nel rispetto delle disposizioni di legge atte a garantire, tra l'altro, la riservatezza e la sicurezza dei dati, nonché l'esattezza, la conservazione e la pertinenza rispetto alle finalità dichiarate.

Diritti degli Interessati

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti di:

- revoca del consenso. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);

ed altresì

- accesso ai dati personali (art. 15 Regolamento UE 2016/679 – GDPR), ottenere la rettifica o la cancellazione dei dati o la limitazione del trattamento che li riguardano (art. 16, 17 e 18 Regolamento UE 2016/679 – GDPR);
- proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy www.garanteprivacy.it) (art. 15, par. 1, lett. f Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

L'esercizio dei suoi diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta mediante email al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati.

Io sottoscritto _____, codice fiscale _____, dichiaro di aver **ricevuto, letto e compreso** l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

San Marcello, _____ Firma dell'Interessato _____

OPPURE

Io sottoscritto/a _____ (C.F. _____) in qualità di _____ (Amministratore di Sostegno / Tutore / Familiare di riferimento) dell'Ospite _____ (C.F. _____), dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

San Marcello, _____ Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PARTICOLARI DI CUI ALL'ART. 9 DEL GDPR

Il sottoscritto _____ (C.F. _____), presa visione dell'informativa allegata al presente documento, esprime la propria volontà in merito al **trattamento dei propri dati particolari**, così come esplicitato in informativa, per la corretta gestione della domanda di ingresso in Struttura.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Diritti degli Interessati

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti di:

- revoca del consenso. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);

ed altresì

- accesso ai dati personali (art. 15 Regolamento UE 2016/679 – GDPR), ottenere la rettifica o la cancellazione dei dati o la limitazione del trattamento che La riguardano (art. 16, 17 e 18 Regolamento UE 2016/679 – GDPR);
- proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy www.garanteprivacy.it) (art. 15, par. 1, lett. f Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

L'esercizio dei Suoi diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta a mezzo e-mail al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati.

San Marcello, _____ Firma dell'Interessato _____

OPPURE

Io sottoscritto/a _____ (C.F. _____) in qualità di _____ (Amministratore di Sostegno / Tutore / Familiare di riferimento) dell'Ospite _____ (C.F. _____), dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016, ed esprimo il consenso per conto di _____, CF _____, le cui condizioni psicofisiche non consentono di fornire un'informativa diretta e quindi una consapevole espressione di valido consenso.

San Marcello, _____ Firma _____



FONDAZIONE CESARE GREGORINI ETS
Residenza per Anziani
Via Matteotti 7
60030 SAN MARCELLO (AN)



SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

ESITO DELLA VISITA MEDICA praticata al/alla

Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

Via _____ n. _____

NOTIZIE PRELIMINARI: da quanti anni cura il/la paziente ? _____

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| _____ paziente occasionale | _____ da qualche anno |
| _____ da pochi mesi | _____ da molti anni |

ANAMNESI

.....

.....

.....

.....

RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI DUE ANNI

Conto ricoveri n. _____

Malattie che l'hanno determinato:

.....

.....

.....

.....

ULTIMO ricovero ospedaliero:

data di entrata _____

data di dimissione _____ ***diagnosi*** _____

NOTIZIE SULLO STATO PSICHICO E MENTALE (rispondere SI o NO)

L'anziano/a:

è agitato ? _____

è vigile ? _____

è provvisto di capacità critica ? _____

possiede la memoria recente ? _____

possiede la memoria remota ? _____

ha l'orientamento temporo-spaziale ? _____

è soggetto a forti crisi depressive ? _____

è stato ricoverato in Case di Cura per malattie mentali ? _____

è stato o è seguito dai Centri d'Igiene Mentale ? _____

ha avuto episodi di suicidio ? _____

MALATTIE INFETTIVE

L'anziano ha in atto malattie infettive ? _____

Se si, quali ?

.....
.....

In passato ha avuto malattie infettive ? _____

Se si, quali ?

.....
.....

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE

ALLERGIE ED INTOLLERANZE ALIMENTARI (allegare il Certificato Medico):

.....
.....

INTOLLERANZA AI FARMACI:

.....
.....

REAZIONI IMMUNOLOGICHE:

.....
.....

DIAGNOSI

.....

.....

.....

.....

SCHEMA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA

		<i>Buone</i>	<i>Mediocre</i>	
A)	<i>Condizioni generali attuali</i>			
	<i>E' in grado di collaborare</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
B)	<i>Mobilità</i>			
	<i>Può salire o scendere le scale</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Può camminare da solo</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Può camminare con aiuto</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Può camminare con protesi</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Si sposta con carrozzella</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Allettato</i>	<i>da quanto</i>	<i>mese</i> _____	<i>anno</i> _____
C)	<i>Si veste da solo</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Si lava</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Mangia da solo</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Scrive</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
	<i>Utilizza da solo i servizi igienici</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>con aiuto</i>
D)	<i>Psiche integra</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
	<i>Con fasi di confusione</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
	<i>Con fasi di disorientamento</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
	<i>Con fasi di agitazione psicomotoria</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
E)	<i>Sensorio</i>			
	<i>Cecità</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
	<i>Sordità</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
	<i>Mutismo</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
	<i>Disfasia</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	

F) *Eventuali altre condizioni di non autosufficienza*

.....

.....

G) *Terapie in corso*

.....

.....

.....



FONDAZIONE CESARE GREGORINI ETS
Residenza per Anziani
Via Matteotti 7
60030 SAN MARCELLO (AN)



SCHEDA RILEVAZIONE DELLE CONDIZIONI PSICO-FISICHE

Sig./ Sig.a _____ Data nascita _____

01 – LOCOMOZIONE

	Punti
Entra ed esce dal letto, si siede e si alza dalla seggiola in completa autonomia	0
Entra ed esce dal letto, si siede e si alza dalla seggiola con assistenza parziale	1
Entra ed esce dal letto, si siede e si alza dalla seggiola con assistenza totale	2
Allettato/ Allettata	3

02 – VESTIRSI

Prende gli abiti e si veste in completa autonomia	0
Prende gli abiti e si veste con assistenza parziale	1
Prende gli abiti e si veste con assistenza totale	2

03 - DEAMBULAZIONE

Deambula in completa autonomia	0
Deambula con l'aiuto degli ausili (deambulatore, bastone, stampelle, ecc..)	1
Deambula con assistenza parziale	2
Necessita assistenza totale (su seggiola a rotelle)	3

04 – ALIMENTAZIONE

Si alimenta da solo in completa autonomia	0
Necessita di una dieta con esclusione di alcuni alimenti	1
Si alimenta con assistenza parziale	2
Si alimenta con assistenza totale	3
Si alimenta con SNG – PEG – PEJ (specificare con quale) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	4

05 – USO DEI SERVIZI

Va ai servizi, si pulisce e si riveste in completa autonomia	0
Va ai servizi, con assistenza parziale	1
Va ai servizi con assistenza totale	2

06 – FARE IL BAGNO

In completa autonomia	0
Necessita di assistenza parziale	1
Necessita di assistenza totale	2

07 – CONTINENZA DEGLI SFINTERI

Controlla completamente la minzione e la defecazione	0
Incorre in occasionali incidenti	1
Non controlla la minzione	2
È portatore di Catetere Vescicale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	3
Non controlla la minzione e la defecazione	4

08 – TERAPIA

Non riceve assistenza nelle terapie	0
Riceve assistenza nelle terapie orali	1
Riceve assistenza nelle terapie parenterali	2

09 – STATO PSICHICO

PRESENTA TURBE DI COMPORTAMENTO	ASSENTE	SI	NO	0	
	LIEVE	SI		4	
	GRAVE	RICHIESTE LA SORVEGLIANZA		NO	8
		È AGGRESSIVO / È AGGRESSIVA		NO	

PUNTEGGIO TOTALE

03 < Autosufficiente	> 04 – 11 < Non Autosufficiente a Basso Grado di Assistenza	> 12 Non Autosufficiente ad Alto Grado di Assistenza
-------------------------	--	---

San Marcello, li

.....
Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale Curante