DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELL'ACCERTAMENTO DELL'INSORGENZA DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE:

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo	0 ◯
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da Bagno	5 ◯
3° grado L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	10 ◯

VESTIRSI E SVESTIRSI	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	0 ◯
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi	5 ◯
3° grado L'Assicurato necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi	10 ◯

ANDARE AL BAGNO E USARLO	PUNTEGGIO
1°grado L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno	0 ◯
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	5 ◯
3° grado L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	10 ◯

SPOSTARSI	PUNTEGGIO
1° grado l'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi	0 ◯
2° grado l'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore	5 ◯
3° grado l'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi	10 ◯

CONTINENZA	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è completamente continente	0 ◯
2° grado L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	5 ◯
3° grado L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	10 ◯

NUTRIRSI	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	0 ◯
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: • sminuzzare/tagliare cibo • sbucciare la frutta • aprire un contenitore/una scatola • versare bevande nel bicchiere	5 ◯
3° grado L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	10 ◯

TIMBRO E FIRMA
DEL MEDICO CURANTE

RELAZIONE ANAMNESTICA RELATIVA A:

Cognome:_____Nome: _____

Compilata da:

Dott. Cognome: _____Nome: _____

Iscritto all'Ordine:_____Numero iscrizione: _____

Da che mese/anno ha in cura l'iscritto _____

In quale qualifica: MMG ☐ SPECIALISTA AMBULATORIALE ☐ SPECIALISTA OSPEDALIERO ☐

Patologia principale che ha condotto alla non autosufficienza permanente:

_____

_____

_____

_____

Altre patologie rilevanti:

_____

_____

_____

_____

In quale mese/anno è stata posta la diagnosi della patologia principale _____

In quale mese/anno è iniziata la non autosufficienza _____

In quale mese/anno è stata riconosciuta la Invalidità civile al 100% _____

NON RICONOSCIUTA ☐ SOTTOPOSTA A REVISIONE ☐ PERMANENTE ☐

In quale mese/anno sono stati riconosciuti i benefici collegati alla L104/1992 _____ NON RICONOSCIUTA ☐

E' stata riconosciuta l'indennità di accompagnamento? SI ☐ (in che mese/anno_____) NO ☐

L'attuale livello di non autosufficienza permanete in quale mese/anno ha avuto inizio _____

Luogo e data_____

TIMBRO E FIRMA

DEL MEDICO CURANTE