



Allegato n° 2

Sezione sanitario-assistenziale

Questa sezione È A CURA DEL **MEDICO CURANTE** in collaborazione con la persona che fornisce direttamente l'assistenza.

ANAMNESI SANITARIO-ASSISTENZIALE **Profilo cognitivo e funzionale**

Del/della Sig./Sig.ra _____

1. Profilo cognitivo

1.1. Sono insorti negli ultimi anni deficit cognitivi?

Se SI, specificare quali tra (barrare con una x la casella corrispondente):

- ☐ memoria ☐ orientamento spazio / temporale ☐ riconoscimento di persone / cose
☐ giudizio e/o astrazione ☐ linguaggio e/o comprensione

1.2. Sono insorti nell'ultimo periodo disturbi comportamentali?

- ☐ deliri (crede cose che non sono vere) ☐ allucinazioni (vede cose/persone inesistenti)
☐ aggressività/agitazione ☐ vagabondaggio e/o tendenza alla fuga
☐ depressione/apatia ☐ insonnia ☐ disturbi dell'alimentazione ☐ irritabilità
☐ altro _____

2. Profilo funzionale

INDICATORE DELLE CAPACITA' FUNZIONALI

Trasferimenti letto/sedia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Deambulazione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Locomozione su sedia a rotelle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Igiene personale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Alimentazione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Legenda: N.B. l'item LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE viene compilato SOLO se risulta 1 nell'item DEAMBULAZIONE

TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA

1	Necessarie 2 persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico.
2	Il pz. collabora ma è comunque necessaria la collaborazione di 1 persona
3	Per 1 o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di 1 persona
4	Occorre 1 persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
5	Il pz. è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

DEAMBULAZIONE

1	Dipendenza rispetto alla locomozione.
2	Necessaria la presenza costante di 1 o più persone per la deambulazione
3	Necessario aiuto da parte di 1 persona per raggiungere o manovrare ausili
4	Pz. autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondere fiducia; non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
5	Pz. autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc e percorre 50 metri senza aiuto o supervisione



**FONDAZIONE I.R. FALCK ONLUS
CENTRO SERVIZI SOCIO-SANITARI-ASSISTENZIALI**

Via I.R. Falck, 5 - 25079 VOBARNO (BS)

Tel. 0365 61102 - Fax 0365 1590219

e-mail: segreteria@fondazionefalck.it

sito web: www.fondazionefalck.it

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

1	Pz. in carrozzina, dipendente per la locomozione
2	Pz. in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
3	Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, etc.
4	Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
5	Autonomo; deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso. Di accostarsi al tavolo, ecc, e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri

IGIENE PERSONALE

1	Pz. non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista.
2	È necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale.
3	È necessario assisterlo in 1 o più circostanze dell'igiene personale
4	È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
5	Totale indipendenza nell'igiene.

ALIMENTAZIONE

1	Pz. totalmente dipendente, deve essere imboccato.
2	Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
3	Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.

INDICATORE DELLA COGNITIVITA' E COMPORTAMENTO

Confusione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Irritabilità	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Irrequietezza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Legenda:

CONFUSIONE

1	Pz. completamente confuso; comunicazione ed attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
2	È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe.
3	Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
4	È perfettamente lucido

IRRITABILITA'

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

IRREQUIETEZZA

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



ANAMNESI SANITARIA
Profilo diagnostico e terapeutico

3. Profilo diagnostico

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE PSICO-FISICA

PATOLOGIE	IN	ATTO	(Cumulative Illness Rating Scale – CIRSS – Parmalee et al., 1995)
① assente:		nessuna	compromissione di organo/sistema;
② lieve:		la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente (ad es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi);	
③ moderato:		la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può essere buona (ad es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco);	
④ grave:		la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (ad es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco);	
⑤ molto grave:		la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (ad es. infarto del miocardio, stroke, embolia),	

1) Cardiaca (solo cuore)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

3) Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

4) Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

6) Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

7) Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

8) Epatiche (solo fegato)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

9) Renali (solo rene)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

10) Altre Patologie Genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

11) Sistema Muscolo-Scheletro-Cute (muscolo, scheletro, tegumenti)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

13) Endocrine- Metaboliche (include diabete, infezioni e stati tossici)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

14) Psichiatrico- comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)
diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

Indice di Severità _____

Indice di Comorbidità _____



**FONDAZIONE I.R. FALCK ONLUS
CENTRO SERVIZI SOCIO-SANITARI-ASSISTENZIALI**

Via I.R. Falck, 5 - 25079 VOBARNO (BS)

Tel. 0365 61102 - Fax 0365 1590219

e-mail: segreteria@fondazionefalck.it

sito web: www.fondazionefalck.it

- Diabete Mellito: ☐ SI ☐ NO terapia insulinica: ☐ SI ☐ NO Altro _____
- Allergie: _____ -Patologie oncologiche: _____
- Patologie ematologiche: _____
- Positività sierologiche: ☐ VDRL ☐ HCV ☐ HBV ☐ TBC ☐ HIV
- Sindrome da allettamento: ☐ SI ☐ NO se SI da quanto tempo: _____
- Lesioni da decubito: ☐ SI ☐ NO sede delle lesioni: _____
- stadio delle lesioni: ☐ superficiali (stadio I° e II°)
☐ profonde (stadio III°)
☐ profonde e necrotiche (stadio IV°)
- Altro: _____

4. Ulteriori elementi per l'inquadramento diagnostico-assistenziale

- Deambulazione: autonoma ☐ bastone ☐ tripode ☐ deambulatore ☐
 carrozzina ☐ allettato ☐
- Continenza: controllo sfinteriale ☐ pannolone ☐ striscia diurna ☐
 striscia notturna ☐ catetere vescicale ☐
- Alimentazione per: via orale ☐ sondino nasogastrico ☐ PEG ☐
- Dieta: libera ☐ Ipo calorica ☐ ipoglicidica ☐ altro _____
- Abuso di alcoolici: ☐ SI ☐ NO

- 4.1. La persona è stata recentemente ricoverata in Ospedale?
Se SI indicarne il periodo ed il reparto

- 4.2. Eventuali precedenti ricoveri in reparti neurologici o psichiatrici (dove, quando, diagnosi).

5. Terapia farmacologica in atto

Data: ____/____/____

Timbro e firma del Medico Curante

Contatto telefonico Medico Curante

Indirizzo e-mail Medico Curante
