

# NOTIZIE SULLE ABITUDINI DI VITA, UTILI PER L'INGRESSO

## VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA

### 1- Attività quotidiane

	FA DA SOLO	RIESCE CON AIUTO	NON FA NIENTE DA SOLO
CAMMINARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LAVARSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIRSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANGIARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANDARE IN BAGNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 1.bis. Utilizzo di ausili

Carrozzina	<input type="checkbox"/>	Seggiolone polifunzionale	<input type="checkbox"/>	Deambulatore	<input type="checkbox"/>
Sedia Comoda	<input type="checkbox"/>	Bastone o tripode	<input type="checkbox"/>	Busto o corsetto	<input type="checkbox"/>

### 2 - Porta il PANNOLONE ?

Se sì, perché ?	Per sicurezza	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si bagna di notte	<input type="checkbox"/>	Si bagna giorno e notte	<input type="checkbox"/>	
Si sporca anche di feci ?	Si, sempre	<input type="checkbox"/>	Qualche volta	<input type="checkbox"/>	No, mai	<input type="checkbox"/>	Porta il catetere ?	Sì	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

### 3 - Comunicazione

Si fa capire bene ?	Sì	<input type="checkbox"/>	A fatica	<input type="checkbox"/>	Per niente	<input type="checkbox"/>		
Sa dove si trova e chi è ?	Si	<input type="checkbox"/>	A fatica	<input type="checkbox"/>	Per niente	<input type="checkbox"/>		
Com'è la memoria ?	Buona	<input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>	Pessima	<input type="checkbox"/>		
Di che umore è solitamente?	Normale	<input type="checkbox"/>	Ansioso/ depresso	<input type="checkbox"/>	Non collabora	<input type="checkbox"/>		
Comportamento	Normale	<input type="checkbox"/>	Agitato	<input type="checkbox"/>	Aggressivo	<input type="checkbox"/>	Delirio	<input type="checkbox"/>
Cammina senza sapere dove va?			Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Dorme bene	<input type="checkbox"/>	Fa fatica a dormire	<input type="checkbox"/>	Dorme di giorno e non dorme di notte	<input type="checkbox"/>			

### 4 - Sensi

Com'è la Vista ?	Buona	<input type="checkbox"/>	Ci vede poco	<input type="checkbox"/>	Cecità	<input type="checkbox"/>
Com'è l' Udito ?	Buono	<input type="checkbox"/>	Ci sente poco	<input type="checkbox"/>	Sordità	<input type="checkbox"/>
Parla Bene ?	Sì	<input type="checkbox"/>	Si capisce poco	<input type="checkbox"/>	Mutismo	<input type="checkbox"/>

### 5 - E' in cura dallo Psichiatra ?

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si, solo in passato	<input type="checkbox"/>
Ha subito ricoveri psichiatrici ?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Quante volte?

### 6- Situazione sociale attuale

La persona si trova:	<input type="checkbox"/>	a casa	<input type="checkbox"/>	in ospedale	<input type="checkbox"/>	in altra RSA	<input type="checkbox"/>	altro
Chi lo aiuta:	<input type="checkbox"/>	nessuno	<input type="checkbox"/>	parenti	<input type="checkbox"/>	amici	<input type="checkbox"/>	badante

### 7 - Capacità di prendere decisioni o svolgere pratiche autonomamente

<input type="checkbox"/>	Indipendente in tutto	<input type="checkbox"/>	Si fa aiutare da un familiare	<input type="checkbox"/>	Si fa aiutare da amici
<input type="checkbox"/>	Si fa assistere da un amministratore di sostegno nominato dal Tribunale	<input type="checkbox"/>	E' sostituito da un Tutore nominato dal Tribunale		

**CHI HA COMPILATO QUESTO FOGLIO:**

- L'interessato       Parente/famigliare/amico       Medico / Infermiera dell'Ospedale
- Medico di Medicina Generale       Assistente Sociale       Altro

**FIRMA**

.....

**DATA**.....