



**Azienda di Servizi alla Persona (A.S.P.)**  
**“GOLGI –REDAELLI”**  
(già Amministrazione delle II.PP.A.B.)

ISTITUTO GERIATRICO “C. GOLGI”

Piazza C. Golgi, 1 – 20081 Abbiategrasso  
tel. 02.94.85.21, fax 02.94.96.47.72

Gentile Signora, egregio Signore,  
la nostra Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) accetta anziani totalmente non autosufficienti, che abbisognano di prestazioni Sanitarie, Assistenziali e Riabilitative continue e non realizzabili a domicilio.

La scheda che le presentiamo e che le chiediamo di compilare ci fornisce alcune fondamentali informazioni circa il grado di autonomia del Suo assistito.

Qualora Lei avesse difficoltà nella compilazione della scheda, l'Ufficio Accoglienza sarà a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Cordiali saluti

Le Direzioni



Azienda di Servizi alla Persona  
(A.S.P.)

“GOLGI - REDAELLI”

(già Amministrazione delle II.PP.A.B.)

ISTITUTO GERIATRICO

“C. GOLGI”

Piazza C. Golgi, 1 – 20081 Abbiategrasso  
tel. 02.94.85.21, fax 02.94.96.47.72

## **SEZIONE DA COMPILARSI DA PARTE DI CHI ASSISTE LA PERSONA** **(Infermiera, Ausiliaria, Parente, Medico, Vicino, Volontario)**

### **CAPACITÀ DI COMUNICARE**

- 1 Può discutere di tutti i problemi personali
- 2 Risponde soltanto a domande semplici
- 3 La comunicazione è molto compromessa o assente

### **Valutazione dell'autonomia nella vita quotidiana**

#### **CAPACITÀ DI ALIMENTARSI**

1	Mangia da solo quando i cibi sono preparati su un vassoio o tavolo.
2	Mangia da solo con cibi preparati sul vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, etc. Non è necessaria la presenza costante di un'altra persona durante il pasto.
3	Mangia da solo con sorveglianza. Richiede assistenza nel tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, etc .
4	Capace di utilizzare una posata, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.
5	Deve essere imboccato.

## CONTINENZA FECALE

1	Non ha nessuna perdita di feci, capace di mettersi supposte o farsi il clistere
2	Ha occasionali perdite di feci (qualche volta al mese). Necessita di aiuto per mettersi supposte o farsi il clistere.
3	Ha frequenti perdite di feci (almeno una alla settimana). Capace di assumere una posizione adeguata, ma ha bisogno di assistenza per pulirsi. Necessita d'aiuto per mettersi il pannolone.
4	Ha frequenti perdite di feci (più volte alla settimana). Ha bisogno di aiuto nell'assumere una posizione appropriata; Dipende, ma collabora per mettere il pannolone.
5	Totalmente incontinente. Dipende e non collabora per l'applicazione del pannolone.

## CONTINENZA URINARIA

1	Controllo completo di giorno e di notte, e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni (pannoloni, condom, catatere).
2	Generalmente asciutto di giorno e di notte; ha occasionalmente qualche perdita o necessita di un minimo aiuto con i dispositivi esterni o interni (pannoloni, condom, catatere)
3	In genere asciutto durante il giorno ma non di notte. Richiede aiuto nell'uso dei dispositivi (pannoloni, condom, catatere).
4	Incontinente ma in grado di collaborare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno (pannoloni, condom, catatere).
5	Incontinente. Dipende e non riesce a collaborare per l'applicazione di dispositivi interni o esterni (pannoloni, condom, catatere).

## **CAMMINO**

1	Cammina per 50 metri senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione retta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare stampelle, bastone o girello.
2	Indipendente nel cammino, ma per brevi tratti. Necessita di sorveglianza per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.
3	Assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per il loro uso.
4	Necessita della presenza costante di uno o più assistenti altrimenti non riesce a camminare.
5	Non riesce a camminare, neppure con l'aiuto di assistenti.

## **DISCESA DAL LETTO E RISALITA SUL LETTO**

1	Sale e scende dal letto da solo con sicurezza.
2	Presenza di una persona per infondere fiducia e sicurezza o per sorveglianza
3	Necessario minimo aiuto da parte di una persona per salire e/o scendere sul/dal letto
4	Collabora, ma richiede massimo aiuto di una persona per salire e/o scendere sul/dal letto
5	Necessita di due persone per salire e/o scendere sul/dal letto, con o senza elevatore meccanico.

## **USO DELLA CARROZZINA**

1	Autonomo in tutti gli spostamenti in carrozzina, compreso andare in bagno.
2	Capace di spostarsi autonomamente per percorsi ragionevolmente lunghi su superficie regolare. Può essere necessaria assistenza per le curve strette o per avvicinare la carrozzina a tavolo/letto.
3	Si sposta solo per brevi tratti e in piano. Necessaria assistenza per tutte le manovre
4	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.

Qualifica del compilatore :

1	Parente	6	Assistente Sociale
2	Assistente domiciliare	7	Assistente sanitario
3	Volontario	8	Infermiere
4	Amico/a	9	Altro
5	Medico		

**Cognome** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_