



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

“GOLGI – REDAELLI”

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

ISTITUTO GERIATRICO “P.
REDAELLI”

Via Bartolomeo d’Alviano, 78 – 20146
Milano

tel. 02.413151, fax 02.4120871

SEZIONE DA COMPILARSI DA PARTE DI CHI ASSISTE LA PERSONA

Relativa al Sig/ra _____

CAPACITA’ COMUNICATIVA

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

Valutazione dell’autonomia nella vita quotidiana

DISCESA DAL LETTO E RISALITA SUL LETTO

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

CAMMINO

<input type="checkbox"/> 5	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.
<input type="checkbox"/> 4	Indipendente nel cammino, ma per brevi tratti. Necessita solo di sorveglianza per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.
<input type="checkbox"/> 3	Assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per il loro uso. Cammina per brevi tratti. Necessita di sorveglianza per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.
<input type="checkbox"/> 2	Necessita della presenza costante di uno o più assistenti altrimenti non riesce a camminare.

<input type="checkbox"/> 1	Non riesce a camminare, neppure con l'aiuto di assistenti.
----------------------------	------------------------------------------------------------

USO DELLA CARROZZINA

(questo punto va compilato solo se il soggetto non è in grado di camminare, neppure con aiuto)

<input type="checkbox"/> 4	Autonomo in tutti gli spostamenti in carrozzina, compreso andare in bagno.
<input type="checkbox"/> 3	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.
<input type="checkbox"/> 2	Si sposta solo per brevi tratti e in piano. Necessaria assistenza per tutte le manovre
<input type="checkbox"/> 1	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.

IGIENE PERSONALE

<input type="checkbox"/> 5	Si lava mani e faccia, si pettina, si lava i denti e si rade autonomamente
<input type="checkbox"/> 4	In grado di attendere all'igiene personale ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.
<input type="checkbox"/> 3	Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene.
<input type="checkbox"/> 2	Necessita di aiuto per tutte le operazioni
<input type="checkbox"/> 1	Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti

CAPACITÀ DI ALIMENTARSI

<input type="checkbox"/> 5	Mangia da solo quando i cibi sono preparati su un vassoio o tavolo.
<input type="checkbox"/> 4	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.
<input type="checkbox"/> 3	Mangia da solo con sorveglianza. Richiede assistenza nel tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, etc .
<input type="checkbox"/> 2	Capace di utilizzare una posata, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.
<input type="checkbox"/> 1	Deve essere imboccato.

CAPACITÀ DI VESTIRSI / SVESTIRSI

<input type="checkbox"/> 5	Capace di indossare togliere e chiudere gli indumenti, allacciarsi le scarpe o toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi.
<input type="checkbox"/> 4	Minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci, scarpe.
<input type="checkbox"/> 3	Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.
<input type="checkbox"/> 2	Capace di collaborare in qualche modo ma dipendente sotto tutti gli aspetti.

<input type="checkbox"/> 1	Dipende sotto tutti gli aspetti e non collabora.
----------------------------	--------------------------------------------------

CONTINENZA FECALE

<input type="checkbox"/> 5	Non ha nessuna perdita di feci, capace di mettersi supposte o farsi il clistere
<input type="checkbox"/> 4	Ha occasionali perdite di feci (qualche volta al mese). Necessita di aiuto per mettersi supposte o farsi il clistere.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 2	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.
<input type="checkbox"/> 1	Totalmente incontinente. Dipende e non collabora per l'applicazione del pannolone.

CONTINENZA URINARIA

<input type="checkbox"/> 5	Controllo completo di giorno e di notte, e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni (pannoloni, condom, catatere).
<input type="checkbox"/> 4	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)
<input type="checkbox"/> 3	In genere asciutto durante il giorno ma non di notte. Richiede aiuto nell'uso dei dispositivi (pannoloni, condom, catatere).
<input type="checkbox"/> 2	Incontinente ma in grado di collaborare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno (pannoloni, condom, catatere).
<input type="checkbox"/> 1	Incontinente. Dipende e non riesce a collaborare per l'applicazione di dispositivi interni o esterni (pannoloni, condom, catatere).

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		

Firma _____

data ____ / ____ / ____ /