



Sig/Sig.ra

Nato/a a il

Abitante a Via

Anamnesi patologia remota

.....
.....
.....
.....
.....

Anamnesi patologia prossima

.....
.....
.....
.....
.....

Altri problemi clinici

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nessuno | <input type="checkbox"/> tracheostomia |
| <input type="checkbox"/> trattamento emodiliaco | <input type="checkbox"/> radioterapia |
| <input type="checkbox"/> trattamento dialitico peritoneale | <input type="checkbox"/> chemioterapia |
| <input type="checkbox"/> ossigeno terapia con O ₂ liquido | <input type="checkbox"/> portatore catetere vescicale |
| <input type="checkbox"/> ossigeno terapia con O ₂ gassoso | <input type="checkbox"/> portatore di ano Praeternaturale |
| <input type="checkbox"/> ossigeno terapia con concentratore | |
| <input type="checkbox"/> altro | |

Compenso cardio-circolatorio

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soddisfacente | <input type="checkbox"/> In compenso farmacologico |
| <input type="checkbox"/> Scompensato | |

Compenso respiratorio

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soddisfacente | <input type="checkbox"/> Scompensato |
| <input type="checkbox"/> In compenso farmacologico | |

Vista e udito

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> grave deficit uditivo non correggibile |
| <input type="checkbox"/> deficit corretto da protesi e/o occhiali in uso | <input type="checkbox"/> cecità completa |
| <input type="checkbox"/> grave deficit visivo non correggibile | <input type="checkbox"/> sordità completa |

Disturbi comportamentali e problemi psichiatrici

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nessuno | <input type="checkbox"/> vagabondaggio |
| <input type="checkbox"/> ansia | <input type="checkbox"/> inversione ritmo sonno - veglia |
| <input type="checkbox"/> depressione | <input type="checkbox"/> auto etero aggressività |
| <input type="checkbox"/> deliri (di persecuzione, di gelosia, ecc) | <input type="checkbox"/> urla, lamentazioni o vocalismi ripetitivi |
| <input type="checkbox"/> forme di demenza | <input type="checkbox"/> in cura presso servizi psichiatrici |
| <input type="checkbox"/> allucinazioni | <input type="checkbox"/> tentati suicidi |
| <input type="checkbox"/> agitazione psicomotoria notturna | <input type="checkbox"/> etilismo attuale |
| <input type="checkbox"/> agitazione psicomotoria diurna | <input type="checkbox"/> etilismo pregresso |
| <input type="checkbox"/> rifiuto dell'assistenza nelle attività della vita quotidiana | |
| <input type="checkbox"/> altro | |

Alterazioni neurologiche

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> epilessia | <input type="checkbox"/> progressi Tia |
| <input type="checkbox"/> morbo di Parkinson | <input type="checkbox"/> progressi ictus |
| <input type="checkbox"/> morbo di Alzheimer | |
| <input type="checkbox"/> altro | |

Linguaggio

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Disartria |
| <input type="checkbox"/> Afasia con buona comprensione | <input type="checkbox"/> Afasia globale |

Medicazioni

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> lesioni da decubito localizzazione | stadio |
| <input type="checkbox"/> lesioni da decubito localizzazione | stadio |
| <input type="checkbox"/> altre medicazioni | |

In passato ha effettuato terapia riabilitativa ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, con buon risultato |
| <input type="checkbox"/> Si, con risultato parziale | |

Note

.....

E' esente da malattie infettive e può vivere in comunità ?

Si

No, perché

Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione

stato nutrizionale soddisfacente

cibi frullati

obesità

cibi omogeneizzati

malnutrizione

nutrizione enterale per PEG

disfagia

nutrizione per sondino

rifiuto del cibo

nutrizione parenterale totale

altro

Allergie e intolleranze alimentari conosciute

Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso, modalità di somministrazione e la posologia – si prega di segnalare al Responsabile Sanitario della struttura accettante qualunque tipo di variazione del programma di terapia dell'ospite):

Terapia: ore: Posologia:

Terapia: ore: Posologia:

Terapia: ore: Posologia:

Terapia: ore: Posologia:

Terapia: ore: Posologia:

Terapia: ore: Posologia:

Terapia: ore: Posologia:

Farmaci da assumere con Infermiere in CDI (11:30 / 14:00)

Terapia: ore: Posologia:

Terapia: ore: Posologia:

Terapia: ore: Posologia:

Terapia: ore: Posologia:

Terapia: ore: Posologia:

Terapia: ore: Posologia:

Terapia: ore: Posologia:



Allergie a farmaci ?

- sì, a quali
- no

Data

Scheda compilata a cura del Dott.

con ambulatorio in

Via Telefono

Giorni e orari di ricevimento

.....

Il Medico Curante (Timbro e Firma)

BREVE INDICE DI NON AUTOSUFFICIENZA (B.I.N.A.)

1. MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 1.1 Non necessarie | 10 | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 Per ulcerazioni e distrofie cutanee | 30 | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 Per catetere a permanenza | 40 | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 Per piaghe da decubito | 100 | <input type="checkbox"/> |

Punteggio: ____

2. NECESSITA' DI PRESTAZIONI MEDICHE

- | | | |
|--|-----|--------------------------|
| 2.1 Buona salute per cui non necessarie
(sono necessari solo controlli medici ambulatoriali) | 10 | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Necessita di prestazioni ambulatoriali interne
(accertamenti diagnostici, ecc.) | 20 | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Necessita di prestazioni ambulatoriali esterne
(terapia radiante, psichiatrica, consulenza specialistica) | 40 | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 Necessita di controllo medico continuo | 100 | <input type="checkbox"/> |

Punteggio: ____

3. CONTROLLO SFINTERICO

- | | | |
|----------------------------|----|--------------------------|
| 3.1 Presente | 10 | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Incontinenza saltuaria | 30 | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 Incontinenza urinaria | 70 | <input type="checkbox"/> |



3.4 Incontinenza totale (vescicale e anale) 100
Punteggio: ____

4. DISTURBI COMPORTAMENTALI

4.1 Assenti 10

4.2 Disturbi dell'umore 50
(triste, malinconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci)

4.3 Disturbi della cognitiv a 80
(non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessità)

4.4 Costante atteggiamento aggressivo e/o violento 100
Punteggio: ____

5. FUNZIONI DEL LINGUAGGIO

5.1 Parla e comprende normalmente 10

5.2 Linguaggio menomato, ma esprime comunque il pensiero 30

5.3 Non riesce ad esprimere il suo pensiero ma comprende 70

5.4 Non comprende non si esprime 100
Punteggio: ____

6. DEFICIT SENSORIALI (Udito e vista)

6.1 Normale 10

6.2 Deficit correggibile solo con l'aiuto di protesi e/o occhiali 20

6.3 Grave deficit non correggibile 80

6.4 Cecità e/o sordità completa 100
Punteggio: ____

7. MOBILITA'

7.1 Cammina autonomamente senza aiuto 10

7.2 Cammina e si sposta con ausili 30

7.3 Si sposta con aiuto di altre persone o con sedia a rotelle 80

7.4 Allettato, deve essere alzato 100
Punteggio: ____

8. ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

(Igiene personale – Abbigliamento – Alimentazione)

8.1 Totalmente indipendente 10

8.2 Aiuto saltuario 20



- 8.3 Aiuto necessario ma parziale 50
- 8.4 Totalmente dipendente 100
- Punteggio: _____

9. ATTIVITA' E IMPEGNO DEL TEMPO

- 9.1 Entra ed esce consapevolmente dalla residenza 10
- 9.2 E' motivato a svolgere attività costruttive solo
all'interno della residenza 30
- 9.3 E' in grado di svolgere attività all'interno della
residenza con lo stimolo e la supervisione di operatori 60
- 9.4 Non svolge alcuna attività 100
- Punteggio: _____

10. STATO DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE

**(valutazione della disponibilità relazionale, affettiva e assistenziale
in rapporto alla rete familiare e sociale)**

- 10.1 Mantiene buoni e regolari rapporti con la famiglia 10
- 10.2 Non ha buoni e regolari rapporti con la famiglia
ma solo con amici e parenti 30
- 10.3 Anici, parenti e volontari sono disponibili solo in caso
di bisogno (problemi sanitari, pratiche burocratiche,
difficoltà economiche, disagi assistenziali) 70
- 10.4 L'anziano può contare solo sull'aiuto istituzionale 100
- Punteggio: _____

PUNTEGGIO TOTALE RIPORTATO NELLA VALUTAZIONE:/...../...../

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA
NEL CENTRO DIURNO INTEGRATO AGLI OPERATORI DELLA STRUTTURA**

C.R.M. Cooperativa Sociale ONLUS, Via Trenno 41, 20151 Milano



C.R.M.
Coop. Sociale - ONLUS

C.D.I. "M. Greppi" - Pero
QUESTIONARIO MEDICO

ModCDI0604 – ED 01 – REV 03

Data: 03/02/2020 - Pag. 7 di 7

Io _____ MMG del Sig./Sig.ra _____
autorizzo gli operatori del CDI "M.Greppi" alla sorveglianza dell'assunzione della terapia
farmacologica come prescritto.

Data,

MMG

.....