

RICHIESTA DI VALUTAZIONE DEL GRADO DI AUTOSUFFICIENZA PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente _____

1. **EVENTI MORBOSI PREGRESSI** _____

2. **PATOLOGIA IN ATTO** _____

3. **TERAPIE IN ATTO** Nessuna Fisica Dietetica

- farmacologica (specificare) _____

4. **STATO NUTRIZIONALE** Normale Eccessivo Carente

5. **DEFICIT DI VISTA** No Si Corretto Non Corretto

6. **DEFICIT UDITO** No Si Corretto Non Corretto

7. **MOBILITA'** Normale Cammina con aiuto

Costretto in sedia Costretto a letto

8. **INCONTINENZA** No Si (urine) Si (feci)

9. **PROBLEMI APERTI** Nessuno Sanitari Familiari Assistenziali

Il paziente, può essere considerato :

- Non autosufficiente;
- parzialmente autosufficiente;
- autosufficiente, ma bisognevole di cure.

Si rilascia il presente certificato in carta libera, a richiesta dell'interessato per uso assistenza.

DATA

IL MEDICO CURANTE