All.m2

MOD. 2

CASDIC – GESTIONE LTC

CERTIFICATO ATTESTANTE LA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA
(Modello 2)

Dott. _____

N.B. – Il presente modulo deve essere stampato ovvero scritto con caratteri molto chiari e tutte le risposte alle singole domande debbono essere rese in termini particolareggiati, precisi ed esaurienti.

Cognome e Nome dell'assistito: _____

nato/a _____ _____ **il** _____
residente a _____ _____ **in via** _____ **prov.** _____

cap _____ **telefono** _____ **età (anni)** _____

DOMANDE DELLA CASDIC	RISPOSTE DEL MEDICO
1. a. E' il medico curante dell'assistito? b. Da quando?	1. a. ..... b. .....
2. a. A quando risale l'ultima visita all'assistito/ beneficiario? b. Quale ne era la causa?	2. a. ..... b. .....
3. E' parente dell'assistito? Se sì, di quale grado?	3. .....
4. a. L'assistito ha sofferto in passato di malattie o disturbi clinicamente rilevanti? Se sì, quando? b. Quale ne fu la durata e la terapia praticata? c. Sono residuati postumi?	4. a. ..... b. ..... c. .....
5. a. L'assistito è mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero? b. In che occasione e per quale motivo?	5. a. ..... b. .....
6. a. E' a Sua conoscenza che l'assistito abbia consultato altri medici? Quali medici? b. Quando e per quali malattie?	6. a. ..... b. .....

7. a. Ha mai subito interventi chirurgici? b. Per quale ragione? c. Infortuni clinicamente rilevanti?	7. a. ..... b. ..... c. .....
8. Sono residuati sintomi o deficit funzionali?	8. .....
9. a. L'assistito ha seguito una terapia che comporta assunzione di farmaci? Se sì, che tipo di farmaci? b. Ne fa ancora uso?	9. a. ..... b. .....
10. L'assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo?	10. ....
11. L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	11. ....
12. L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno?	12. ....
13. L'assistito è in grado di vestirsi e di svestirsi in modo completamente autonomo?	13. ....
14. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?	14. ....
15. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?	15. ....
16. L' assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2), e (3): (1) andare al bagno? (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi? (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno?	16. ..... (1)..... (2)..... ..... (3)..... .....
17. L' assistito necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	17. ....

18. L' assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	18. ....
19. L'assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	19. ....
20. L' assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle? (E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto)	20. ....
21. L' assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi?	21. ....
22. L' assistito è completamente continente?	22. ....
23. L' assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	23. ....
24. L' assistito è completamente incontinente? Vengono utilizzati aiuti tecnici? Se si, quali?	24. ....
25. L' assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	25. ....
26. L' assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività preparatorie: ☐ Sminuzzare/tagliare il cibo; ☐ Sbucciare la frutta; ☐ Aprire un contenitore/una scatola; ☐ Versare bevande nel bicchiere;	26. ☐ ..... ☐ ..... ☐ ..... ☐ .....
27. L' assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	27. ....
28. L' assistito vive da solo?	28. ....

29. L' assistito vive con familiari/altre persone? Quali?	29. ....
30. Dove vive l' assistito (appartamento, casa. ecc.) ? A che piano? C'è l' ascensore? Lo usa abitualmente?	30. ....
31. L' assistito presenta condizioni generali di salute Buone, Ottime o Scadenti?	31. ....
32. Esiste qualche anomalia manifesta delle capacità cognitive (pensiero, orientamento, giudizio, ricordi)? a. Esito Test Memoria Recente b. Esito Test Stato Mentale	32. ..... a. ..... b. .....

Sulla base di quanto da me esaminato, verificato ed accertato dichiaro e certifico che il sig. ..... si trova in stato di non autosufficienza.
Allego relazione sulle cause della perdita dello stato di autosufficienza.

Luogo e data _____

Il Medico Curante

_____

(firma e timbro)

_____

(domicilio)