ACC. M.2

MOD. 4

CASDIC – GESTIONE LTC

CERTIFICATO DI VERIFICA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

(Modello 4)

Dott. _____

Con riferimento al riconoscimento della non autosufficienza, per la prosecuzione dei servizi di assistenza LTC è necessario compilare il presente modello per la verifica periodica della sussistenza dello stato di non autosufficienza.

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. L'assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo?	4. ....
5. L'assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	5. ....
6. L'assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno?	6. ....
7. L'assistito è in grado di vestirsi e di svestirsi in modo completamente autonomo?	7. ....

8. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?	8. ....
9. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?	9. ....
10. 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?	10. ..... (1). ..... (2). .... (3). ....
11. L'assistito necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)?	11. ....
12. L' assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	12. ....
13. L'assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	13. ....
14. 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)	14. ....
15. L'assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi?	15. ....
16. L'assistito è completamente continente?	16. ....
17. L'assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	17. ....
18. L'assistito è completamente incontinente? Vengono utilizzati aiuti tecnici? Se sì, quali?	18. ....
19. L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	19. ....

20. 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;	20. ☐ ..... ☐ ..... ☐ ..... ☐ .....
21. L'assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	21. ....
22. L'assistito vive da solo?	22. ....
23. L'assistito vive con familiari/altre persone? Quali?	23. ....
24. Dove vive l'assistito (appartamento, casa. ecc.)? A che piano? C'è l'ascensore? Lo usa abitualmente?	24. ....
25. L'assistito presenta condizioni generali di salute Buone, Ottime o Scadenti?	25. ....

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)