

Sig./ra nato/a il

Relazione del MMG o dello specialista curante

Problematiche sociali

- ☐ Abitazione non adeguata
- ☐ Solitudine o emarginazione
- ☐ Criticità del sistema di accudimento familiare

Grado di autonomia

Alimentazione Completamente dipendente Necessità di aiuto per tagliare, versare, ... Indipendente	0 1 2	Trasferimenti (letto-sedia/carrozzina e ritorno) Dipendente, non controlla il tronco da seduto Necessita di molto aiuto (1 o 2 persone) Necessita di poco aiuto verbale o fisico Indipendente	0 1 2 3
Pulizia del mattino Necessita di aiuto Indipendente per viso, mani, denti o dentiera, pettinarsi, radersi	0 1	Uso del W.C. Dipendente Necessita di qualche aiuto Indipendente	0 1 2
Fare il bagno Dipendente Necessita di aiuto Indipendente (anche in doccia)	0 1 2	Mobilità Non è in grado di spostarsi Indipendente con la carrozzina Cammina con l'aiuto, verbale e fisico, di una persona Indipendente	0 1 2 3
Scale Completamente dipendente Necessita di aiuto Indipendente	0 1 2	Vestirsi Dipendente Necessita di aiuto Indipendente (compresi lacci, bottoni, lampo.)	0 1 2
Alvo Incontinente (o è necessario clistere fatto dall'assistente) Incontinenza occasionale (una volta a settimana) Continente	0 1 2	Vescica Incontinenza o cateterizzato da altri Incontinenza occasionale (meno di una volta nelle 24 h) Continente	0 1 2

Si certifica che il paziente:

- ☐ non ha limitazioni delle funzioni mentali superiori;
- ☐ ha limitazioni delle funzioni mentali superiori di grado lieve-moderato (MCI o demenza lieve-moderata) sostenibili con funzioni di assistenza minima (es. supervisione o aiuto nell'organizzazione della vita) in assenza di anomalie del comportamento maggiori e non compatibili con la vita in comunità (aggressività, vocalizzazione impropria e incessante)
- ☐ non necessita di assistenza sanitaria o sociosanitaria di carattere continuativo.

Eventuali terapie farmacologiche in atto e patologie

.....

data.....

Il Medico di Medicina Generale/il medico specialista

Dott.

