

## SCHEDA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE

### UTENTE

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

Sesso: M/F

Nato a/ \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

### CONDIZIONI GENERALI ATTUALI

- Buone (p.ti 0)
- Mediocri (p.ti 1)
- Compromesse (p.ti 2)
- Necessita di assistenza generica
- Necessita di assistenza geriatrica

### MOBILITA'

- E' in grado di salire e scendere le scale (p.ti 0)
- E' in grado di camminare da solo (p.ti 0)
- Cammina con aiuto (p.ti 1)
- Cammina con protesi (p.ti 2)
- Si sposta con la sedia a rotelle (p.ti 3)
- È allettato (p.ti 4)

### GRADO DI AUTONOMIA

- Si veste da solo SI (p.ti 0) NO (p.ti 1)
- Si lava SI (p.ti 0) NO (p.ti 1)
- È in grado di fare il bagno da solo SI (p.ti 0) NO (p.ti 1)
- Mangia da solo SI (p.ti 0) NO (p.ti 1)
- Utilizza da solo i servizi igienici SI (p.ti 0) NO (p.ti 1)

### STATO PSICHICO

- Psiche integra (p.ti 0)
- Con fasi di confusione (p.ti 1)
- Con fasi di disorientamento (p.ti 1)
- Con fasi di agitazione psicomotoria (p.ti 1)
- Presenta difficoltà relazionali (p.ti 1)

## STATO SENSORIO

- Cecità (p.ti 2)
- Sordità (p.ti 2)
- Mutismo (p.ti 2)
- Disfasia (p.ti 2)
- Ipovisus (p.ti 1)
- Ipoacusia (p.ti 1)
- Disartria (p.ti 1)
- Afasia (p.ti 1)

## CONTINENZA SFINTERI

- Incontinenza urinaria ( p.ti 1)
- Incontinenza fecale (p.ti 2)
- Portatore di catetere (p.ti 3)

## ASSISTENZA SANITARIA

- È in grado di assumere autonomamente le terapie SI (p.ti 0) NO (p.ti 1)
- Necessita di diete speciali NO (p.ti 0) SI (p.ti 1)
- Necessita di particolare preparazione dei cibi NO (p.ti 0) SI (p.ti 1)

## EVENTUALI ALTRE CONDIZIONI AGGRAVANTI

---

---

---

---

---

---

## ATTUALI CONDIZIONI PSICO-FISICHE

- Autosufficiente
- Non autosufficiente parziale
- Non autosufficiente totale

Li \_\_\_\_\_

Firma del medico curante

\_\_\_\_\_