

## SCHEDA di VALUTAZIONE del MEDICO di MEDICINA GENERALE

Signor/a \_\_\_\_\_ sesso M  F  tessera sanitaria \_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### PATOLOGIE IN ATTO

- ① **assente** nessuna compromissione di organo/sistema;
- ② **lieve** la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi);
- ③ **moderato** la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività. Il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, diabete, fratture);
- ④ **grave** la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco);
- ⑤ **molto grave** la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia);

#### 1 **Cardiaca** (solo cuore)

Diagnosi \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤

#### 2 **Ipertensione** (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)

Diagnosi \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤

#### 3 **Vascolari** (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)

Diagnosi \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤

#### 4 **Respiratorie** (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)

Diagnosi \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤

#### 5 **O.O.N.G.L.** (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)

Diagnosi \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤

#### 6 **Apparato G.I. Superiore** (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)

Diagnosi \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤

#### 7 **Apparato G.I. Inferiore** (intestino, ernie)

Diagnosi \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤

#### 8 **Epatiche** (solo fegato)

Diagnosi \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤

#### 9 **Renali** (solo rene)

Diagnosi \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤

#### 10 **Altre patologie Genito-urinarie** (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)

Diagnosi \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤

#### 11 **Sistema Muscolo-Scheletro-Cute** (muscoli, scheletro, tegumenti)

Diagnosi \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤

#### 12 **Sistema Nervoso Centrale e Periferico** (non include la demenza)

Diagnosi \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤

#### 13 **Endocrine-metaboliche** (include diabete, infezioni, stati tossici)

Diagnosi \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤

#### 14 **Psichiatrico-comportamentali** (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

Diagnosi \_\_\_\_\_ ① ② ③ ④ ⑤

TERAPIE SIGNIFICATIVE in ATTO: \_\_\_\_\_

**ULTERIORI ELEMENTI DI INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO**

Neoplasia maligna:	no ①	si ②		
AIDS:	no ①	si ②		
Mal. Progressiva S.N.C.:	no ①	si ②		
Accidenti cerebrali:	no ①	recenti ②	pregressi ③	
Esiti:	afasia ①	disfagia ②	emi ③ para ④ tetra ⑤	paresi ⑥ plegia ⑦
Trauma/intervento chirurgico:	no ①	frattura femore ②	altre fratture ③	
		protesi anca ①	interventi chirurgici ②	altro ③
Lesioni da decubito:	no ①	si ②		
Dipendenza:	no ①	alcool ②	stupefacenti ③	altro ④

\_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_ (timbro e firma del Medico)

<b>VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA</b>	<u>FUNZIONE</u>	indipendente	con aiuto	dipendente
	CAMMINARE in PIANO	①	②	③
	SALIRE e SCENDERE le SCALE	①	②	③
	SPOSTARSI dalla SEDIA al LETTO	①	②	③
	SEDESI ed ALZARSI dal WC	①	②	③
	CONTROLLO della DEFECAZIONE	①	②	③
	CONTROLLO della MINZIONE	①	②	③
	MANGIARE	①	②	③
	VESTIRSI	①	②	③
	TOILETTE PERSONALE	①	②	③
	FARE il BAGNO	①	②	③
	<u>ASPETTI PSICO-SENSORIALI</u>	integra	limitata	assente
	CAPACITA' di AUTOVERGOVERNO	①	②	③
	CAPACITA' di COMUNICARE	①	②	③
	VISTA	①	②	③
UDITO	①	②	③	
	assenti	lievi	gravi	
DISTURBI di COMPORTAMENTO	①	②	③	
PROBLEMI SOCIO-AMBIENTALI che motivano l'assistenza domiciliare _____				
<u>GIUDIZIO SINTETICO:</u>				
AUTosufficiente	Non Autosuf. Parziale	Non Autosuff. Totale	Evolutività clinica rapida	
RICHIESTA	nuova attivazione	variazione		
ACCESSI PROPOSTI:	settimanali	quindicinali	mensili	
	_____ (data)		_____ (timbro e firma del Medico)	