



**FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.**  
**RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE**  
**DESENZANO DEL GARDA (BS)**

**RIVALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE**

(riservata al medico di Medicina Generale)

Mod. 1.1.4 - rev.1 del 05-2013

Nome \_\_\_\_\_

data nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Grado di autonomia nelle attività di base della vita quotidiana*

Funzione	Incapace di eseguire il compito	Tenta di eseguire il compito ma è incapace	Richiesta di aiuto moderato	Richiesto aiuto minimo	Totalmente autonomo
Igiene personale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Fare il bagno	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Alimentazione	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Uso toilette	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Fare le scale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Vestirsi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Sfintere intestini.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Sfintere vescicale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Trasferimenti	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Deambulazione	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Uso carrozzina	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10

*Profilo cognitivo e comportamentale:*

*funzioni corticali superiori:*

Funzione	Normale	Deficit		
		Lieve	Moderato	Grave
Memoria				
Orientamento spaziale				
Orientamento nel tempo				
Giudizio critico				
Linguaggio/comprendimento				
Riconoscimento persone				

*Disturbi del comportamento*

	assente	lieve	mod.	grave		assente	lieve	mod.	grave
Deliri					Depressione				
Wandering					Anoressia				
Aggressività					Irritabilità				
Allucinazioni					Insomnia				

*Eventi clinici rilevanti successivi alla precedente valutazione:*

\_\_\_\_\_

Terapia in atto: \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma e timbro del medico

\_\_\_\_\_