

CERTIFICATO MEDICO PER INSERIMENTO LISTA D'ATTESA

Signor/a _____ Luogo e data di nascita _____

Medico curante _____ telefono _____

Valutazione dell'autonomia nelle ADL (Indice di Barthel) (obbligatorio)

	1 dipendenza completa	2 dipendenza grave	3 dipendenza moderata	4 dipendenza lieve	5 autosuff.
deambulazione	0	3	8	12	15
locomozione su sedia a rotelle	0	1	3	4	5
scale	0	2	5	8	10
trasferimento letto/sedia	0	3	8	12	15
Toilette uso dei servizi	0	2	5	8	10
continenza intestinale	0	2	5	8	10
continenza urinaria	0	2	5	8	10
alimentazione	0	2	5	8	10
abbigliamento	0	2	5	8	10
igiene personale	0	1	3	4	5
bagno/doccia	0	1	3	4	5

Punteggio Barthel _____ / 100

Funzioni cognitivo-comportamentali (obbligatorio)

	grave	moderato	lieve	assente
Confusione (disorientamento spazio-temporale, turbe della memoria)	1 (6)	2 (4)	3 (2)	4 (0)
Irritabilità.....	1	2	3	4
Irrequietezza.....	1 (6)	2 (4)	3 (2)	4 (0)
Agitazione motoria	1	2	3	4
Deambulazione afinalistica	1	2	3	4
Aggressività verbale e fisica, vocalizzi	1	2	3	4
Deliri	1	2	3	4
Ansia	1	2	3	4
Depressione	1	2	3	4
Insonnia	1	2	3	4

Funzioni psico-sensoriali (obbligatorio)

	assente	limitata	integra
Capacità di comunicare	1	2	3
Vista	1	2	3
Udito	1	2	3

Note

.....

.....

CERTIFICATO MEDICO PER INSERIMENTO LISTA D'ATTESA

Condizioni sanitarie (CIRS) (obbligo di precisare le patologie)

ACV (solo cuore)	1	2	3	4	5
Iipertensione (si valuta la severità, considerare gli organi coinvolti separatamente)	1	2	3	4	5
.....					
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	1	2	3	4	5
.....					
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	1	2	3	4	5
.....					
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	1	2	3	4	5
.....					
Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	1	2	3	4	5
.....					
Apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)	1	2	3	4	5
.....					
Patologie epatiche (solo fegato)	1	2	3	4	5
.....					
Patologie renali (solo rene)	1	2	3	4	5
.....					
Altre genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	1	2	3	4	5
.....					
Sistema muscolo-scheletrico – cute	1	2	3	4	5
.....					
Sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza)	1	2	3	4	5
.....					
Endocrino-metabolico (include diabete, infezioni, stati tossici)	1	2	3	4	5
.....					
Psichiatrico-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5
.....					

Leggenda patologie in atto: 1 – Assente; 2 – Lieve; 3 – Moderato; 4 – Grave; 5 – Molto grave;

Altri problemi sanitari

(qualora non fosse compilato niente è da intendersi che non esistono tali patologie)

Diete particolari ☐ _____ Disfagia ☐ SNG/PEG ☐
Patologia oncologica avanzata ☐ _____ Stato Vegetativo Persistente ☐
Sclerosi Multipla ☐ Sclerosi Laterale Amiotrofica ☐ Ossigenoterapia ☐ Tracheotomia ☐
Patologia psichiatrica ☐ _____ Alcoolismo ☐ Tabagismo ☐
Malattie infettive: ☐ _____ Presenza lesioni de decubito ☐ _____
Altro (specificare) _____

STATO VACCINALE SARS-COVID 19: ☐ 1° DOSE ☐ 2° DOSE ☐ 3° DOSE ☐ ESONERATO (ALLEGARE DOCUMENTAZIONE DI ESENZIONE) ☐ ALTRO _____

In caso di diagnosi del Morbo di Alzheimer è necessario allegare anche la relativa certificazione sanitaria che attesti la diagnosi stessa

Terapie in atto (obbligatorio):

Data _____

Timbro e firma del medico _____