

I dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse ;(Testo Unico Privacy D.Legs 196/2003). L'accesso alle informazioni da parte di soggetti non autorizzati, nonché la riproduzione e la diffusione non autorizzata è perseguibile ai sensi degli artt. 615/ter,616,617 sexies,618,622 e 623 bis del C.P..

**VILLA NORGE
ROCCABIANCA(Pr)
Via Marconi 12/bis**

**RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE
PER L'ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI**

COGNOME E NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

COMUNE DI RESIDENZA

NOTIZIE ANAMNESTICHE

PATOLOGIE PREGRESSE RILEVANTI

RICOVERI OSPEDALIERI RECENTI

MALATTIE INFETTIVE DA SEGNALARE PER L'INGRESSO IN COMUNITA'

ESAME OBIETTIVO

VALUTAZIONE GENERALE (BINA)			PUNTEGGIO
Medicazione di tipo chirurgico	<input type="checkbox"/>	Non necessarie	10
	<input type="checkbox"/>	Per ulcerazioni o distrofie cutanee	30
	<input type="checkbox"/>	Per catetere a permanenza o stomia	40
	<input type="checkbox"/>	Per ulcere da decubito	100
Necessità di prestazioni sanitarie	<input type="checkbox"/>	Buona salute	10
	<input type="checkbox"/>	Necessità di prestazioni sanitarie non continuative	20
	<input type="checkbox"/>	Necessità di prestazioni esterne (terapia radiante, consulenze specialistiche)	40
	<input type="checkbox"/>	Necessità di prestazioni sanitarie continuative, anziani con patologie croniche in labile compenso con elevata necessità di tutela sanitaria (cure mediche/infermieristiche quotidiane, trattamenti intensivi di recupero funzionale, frequente terapia ev, etc)	100
	<input type="checkbox"/>	Necessità di prestazioni sanitarie continuative con trattamenti specialistici: <input type="checkbox"/> alimentazione e idratazione continua mediante CVC o CVP <input type="checkbox"/> SNG o PEG <input type="checkbox"/> tracheotomia <input type="checkbox"/> ventilazione assistita <input type="checkbox"/> ossigenoterapia continuativa non in acuzie <input type="checkbox"/> dialisi <input type="checkbox"/> frequenti trasfusioni <input type="checkbox"/> controllo dolore tramite infusori elastomerici o pompe <input type="checkbox"/> altri trattamenti specialistici	100
Controllo sfinterico	<input type="checkbox"/>	Presente	10
	<input type="checkbox"/>	Incontinenza urinaria o fecale episodica	30
	<input type="checkbox"/>	Incontinenza urinaria o fecale permanente	70
	<input type="checkbox"/>	Incontinenza totale (vescicale e fecale)	100
Disturbi cognitivi e/o comportamentali	<input type="checkbox"/>	Assenti	10
	<input type="checkbox"/>	Disturbi dell'umore, disturbi cognitivi lievi o comportamentali lievi	50
	<input type="checkbox"/>	Disturbi cognitivi ma non presenta gravi e costanti BPSD disturbi comportamentali	80
	<input type="checkbox"/>	Frequente/costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento	100
Funzioni del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/>	Normale	10
	<input type="checkbox"/>	Linguaggio menomato, ma esprime comunque il proprio pensiero	30
	<input type="checkbox"/>	Comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il proprio pensiero	70
	<input type="checkbox"/>	Non comprende, non si esprime	100

Deficit sensoriali (udito e vista)	<input type="checkbox"/>	Normale	10
	<input type="checkbox"/>	Deficit correggibile con l'aiuto di protesi e/o occhiali	20
	<input type="checkbox"/>	Grave deficit non correggibile	80
	<input type="checkbox"/>	Cecità e/o sordità completa	100
Mobilità (libertà di movimento)	<input type="checkbox"/>	Cammina autonomamente senza aiuto	10
	<input type="checkbox"/>	Cammina con ausili e con aiuto programmato o saltuario	30
	<input type="checkbox"/>	Si sposta solo con l'aiuto di altre persone e con carrozzina	80
	<input type="checkbox"/>	Totalmente dipendente dagli operatori per le alzate e la mobilizzazione	100
Attività della vita quotidiana (igiene personale, abbigliamento, alimentazione)	<input type="checkbox"/>	Totalmente indipendente	10
	<input type="checkbox"/>	Aiuto programmato o saltuario	20
	<input type="checkbox"/>	Aiuto quotidiano necessario ma parziale	50
	<input type="checkbox"/>	Totalmente dipendente	100
Attività occupazionali e impiego tempo libero	<input type="checkbox"/>	Entrata ed esce liberamente dalla residenza	10
	<input type="checkbox"/>	E' motivato a svolgere attività costruttive solo all'interno della residenza	30
	<input type="checkbox"/>	E' in grado di svolgere attività all'interno della residenza con lo stimolo e la supervisione di operatori	60
	<input type="checkbox"/>	Non svolge alcuna attività perché non è in grado di svolgerle	100
	<input type="checkbox"/>	Non svolge alcuna attività perché si rifiuta di svolgerle	100
Stato della rete familiare e sociale	<input type="checkbox"/>	Mantiene buoni e regolari rapporti con la famiglia	10
	<input type="checkbox"/>	Non ha buoni e regolari rapporti con la famiglia, ma solo con parenti ed amici	30
	<input type="checkbox"/>	Parenti, amici e volontari sono disponibili solo al bisogno	70
	<input type="checkbox"/>	L'anziano può contattare solo sull'aiuto istituzionale (rete formale)	100
Punteggio totale			

La valutazione BINA con valore totale uguale o maggiore di 230 punti indica la non autosufficienza della persona.

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE FARMACOLOGICHE

PIANO TERAPEUTICO PER L'INSERIMENTO IN CASA ALBERGO O CASA RESIDENZA ANZIANI

COGNOME		NOME	
NATO/A A		IL	
C.F.			

FARMACO	ORE	ORE	ORE	ORE	ORE	ORE	ORE

Data	Firma e Timbro Medico