

MOD. 4

CASDIC - GESTIONE LTC

**CERTIFICATO DI VERIFICA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA
(Modello 4)**

Dott. _____

Con riferimento al riconoscimento della non autosufficienza, per la prosecuzione dei servizi di assistenza LTC è necessario compilare il presente modello per la verifica periodica della sussistenza dello stato di non autosufficienza.

N.B. - Il presente modulo deve essere stampato ovvero scritto con caratteri molto chiari e tutte le risposte alle singole domande debbono essere rese in termini particolareggiati, precisi ed esaurienti.

Cognome e Nome dell'assistito: _____
 nato/a _____ il _____
 residente a _____ in via _____ prov. _____
 cap _____ telefono _____ età (anni) _____

DOMANDE DELLA CASDIC	RISPOSTE DEL MEDICO
1. a. E' il medico curante dell'assistito? b. Da quando?	1. a. b.
2. a. A quando risale l'ultima visita all'assistito/ beneficiario? b. Quale ne era la causa?	2. a. b.
3. E' parente dell'assistito? Se sì, di quale grado?	3.
4. L'assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo?	4.
5. L'assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	5.
6. L'assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno?	6.
7. L'assistito è in grado di vestirsi e di svestirsi in modo completamente autonomo?	7.

<p>8. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?</p>	<p>8.</p>
<p>9. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?</p>	<p>9.</p>
<p>10. L'assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2), e (3): (1) andare al bagno? (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi? (3) effettuare atti di igiene personale</p>	<p>10. (1). (2). (3).</p>
<p>11. L'assistito necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)?</p>	<p>11.</p>
<p>12. L'assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?</p>	<p>12.</p>
<p>13. L'assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?</p>	<p>13.</p>
<p>14. L'assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle? (E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto)</p>	<p>14.</p>
<p>15. L'assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi?</p>	<p>15.</p>
<p>16. L'assistito è completamente continente?</p>	<p>16.</p>
<p>17. L'assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?</p>	<p>17.</p>
<p>18. L'assistito è completamente incontinente? Vengono utilizzati aiuti tecnici? Se sì, quali?</p>	<p>18.</p>
<p>19. L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?</p>	<p>19.</p>

<p>20. L'assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività preparatorie:</p> <p style="padding-left: 40px;">Sminuzzare/tagliare il cibo;</p> <p style="padding-left: 40px;">Sbucciare la frutta;</p> <p style="padding-left: 40px;">Aprire un contenitore/una scatola;</p> <p style="padding-left: 40px;">Versare bevande nel bicchiere;</p>	<p>20.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>21. L'assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.</p>	<p>21.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>22. L'assistito vive da solo?</p>	<p>22.</p> <p>.....</p>
<p>23. L'assistito vive con familiari/altre persone? Quali?</p>	<p>23.</p> <p>.....</p>
<p>24. Dove vive l'assistito (appartamento, casa, ecc.)? A che piano? C'è l'ascensore? Lo usa abitualmente?</p>	<p>24.</p> <p>.....</p>
<p>25. L'assistito presenta condizioni generali di salute Buone, Ottime o Scadenti?</p>	<p>25.</p> <p>.....</p>

Sulla base di quanto da me esaminato, verificato ed accertato dichiaro e certifico che il sig.
si trova in stato di non autosufficienza.
Allego relazione sulle cause della perdita dello stato di autosufficienza.

Con la compilazione e sottoscrizione del presente modulo certifico implicitamente l'esistenza in vita dell'assistito.

Luogo e data _____

Il Medico Curante

(firma e timbro)

(domicilio)