

MOD. 2

CASDIC— GESTIONE LTC

CERTIFICATO ATTESTANTE LA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

Dott. _____

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 ALLA 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? b. Quale ne era la causa?	2 a. b.
3. a. L'assistito ha sofferto in passato di malattie o disturbi clinicamente rilevanti? Se si, quando? b. Quale ne fu la durata e la terapia praticata? c. Sono residuati postumi?	4 a. b. c.
4. a. L'assistito è mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero? b. In che occasione e per quale motivo?	5. a. b.

5. a. è a sua conoscenza che l'assistito abbia consultato altri medici? Quali medici? b. Quando e per quali malattie?	6. a. b.
6. a. Ha mai subito interventi chirurgici? b. Per quale ragione? c. Infortuni clinicamente rilevanti	7. a. b. c.
7. Sono residuati sintomi o deficit funzionali?	8.
8. a. L'assistito ha seguito una terapia che comporta assunzione di farmaci? Se sì, che tipo di farmaci? b. Ne fa ancora uso?	9.a. b.
9. L'assistito è in grado di farsi il bagno e/o doccia in modo completamente autonomo?	10.
10. L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	11.
11. L'assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo?	13.
12. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?	14.
13. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?	15.
14. 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	16. 1. 2. 3.
15. L'assistito necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)?	17.

16. L'assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	18.
17. l'assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	19.
18. L'assistito necessita di assistenza per muoversi eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle? (è però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto)	20.
19. L'assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto per muoversi?	21.
20. L'assistito è completamente continente?	22.
21. L'assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	23.
22. L'assistito è completamente incontinente? Vengono usati aiuti tecnici? Se sì, quali?	24.
23. L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	25.
24. L'assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività preparatorie: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sminuzzare/tagliare il cibo; ○ Sbucciare la frutta; ○ Aprire un contenitore/una scatola; ○ Versare bevande nel bicchiere; 	26. <ul style="list-style-type: none"> ○ — ○ — ○ — ○ —
25. L'assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	27.
26. L'assistito vive da solo?	28.
27. L'assistito vive con familiari/altre persone? Quali?	29.
28. Dove vive l'assistito (appartamento, casa, ecc.) A che piano? C'è l'ascensore? Lo usa abitualmente?	30.
29. L'assistito presenta condizioni generali di salute buone, ottime o scadenti?	31.
30. Esiste qualche anomalia manifesta delle capacità cognitive (pensiero, orientamento, giudizio, ricordi)? <ul style="list-style-type: none"> a. Esito test memoria recente b. Esito test stato mentale 	32. <ul style="list-style-type: none"> a. _____ b. _____

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.

Luogo e data _____

Il Medico Curante

_____ (firma e timbro)

_____ (domicilio)