

## **MOD. 4**

CASDIC - GESTIONE LTC

### **CERTIFICATO DI VERIFICA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA**

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) \_\_\_\_\_

<b>DOMANDE DELLA CASDIC</b>	<b>RISPOSTE DEL MEDICO</b>
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. L'assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo?	4.
4. L'assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	5.

<p>5. L'assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno?</p>	<p>6.</p>
<p>6. L'assistito è in grado di vestirsi e di svestirsi in modo completamente autonomo?</p>	<p>7.</p>
<p>7. 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>8. 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>9. 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):</p> <p>1. andare al bagno?</p> <p>2. lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi?</p> <p>3. effettuare atti di igiene personale</p>	<p>10.</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>
<p>10. 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>11. L'assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?</p>	<p>12.</p>
<p>12. 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>13. L'assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle?</p>	<p>14.</p>

(E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto)	
14. L'assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi?	15.
15. L'assistito è completamente continente?	16.
16. L'assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	17.
17. L'assistito è completamente incontinente? Vengono utilizzati aiuti tecnici? Se sì, quali?	18.
18. L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	19.
19. L'assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività preparatorie: Sminuzzare/tagliare il cibo; Sbucciare la frutta; Aprire un contenitore/una scatola; Versare bevande nel bicchiere;	20.
20. L'assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	21.
21. L'assistito vive da solo?	22.
22. L'assistito vive con familiari/altre persone? Quali?	23.
23. Dove vive l'assistito (appartamento, casa, ecc.)? A che piano? C'è l'ascensore? Lo usa abitualmente?	24.



cassa nazionale  
di assistenza sanitaria  
per il personale dipendente  
del settore del credito

24. L'assistito presenta condizioni generali di salute Buone, Ottime o Scadenti?	25.
--	-----

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)