

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

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

18. L'assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	18.
19. l'assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	19.
20. 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.
21. L'assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto per muoversi?	21.
22. L'assistito è completamente continente?	22.
23. L'assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	23.
24. L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	24.
25. L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	25.
26. L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati serviti? <ul style="list-style-type: none"> o Sminuzzare/tagliare il cibo; o Sbucciare la frutta; o Aprire un contenitore/una scatola; o Versare bevande nel bicchiere; 	26. <ul style="list-style-type: none"> o — o — o — o —
27. L'assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	27.
28. L'assistito vive da solo?	28.
29. L'assistito vive con familiari/altre persone? Quali?	29.
30. Dove vive l'assistito (appartamento, casa, ecc.) A che piano? C'è l'ascensore? Lo usa abitualmente?	30.
31. L'assistito presenta condizioni generali di salute buone, ottime o scadenti?	31.
32. 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)