

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) _____

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.
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?	8.
9. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?	9.
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	10. 1. 2. 3.
11. L'assistito necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)?	11.
12. L'assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	12.
13. L'assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	13.

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)	14.
15. L'assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi?	15.
16. L'assistito è completamente continente?	16.
17. L'assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	17.
18. L'assistito è completamente incontinente? Vengono utilizzati aiuti tecnici? Se sì, quali?	18.
19. L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	19.
20. 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.
21. L'assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	21.
22. L'assistito vive da solo?	22.
23. L'assistito vive con familiari/altre persone? Quali?	23.
24. 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

25. 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)