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

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.

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

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.

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

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.

Casdic 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)