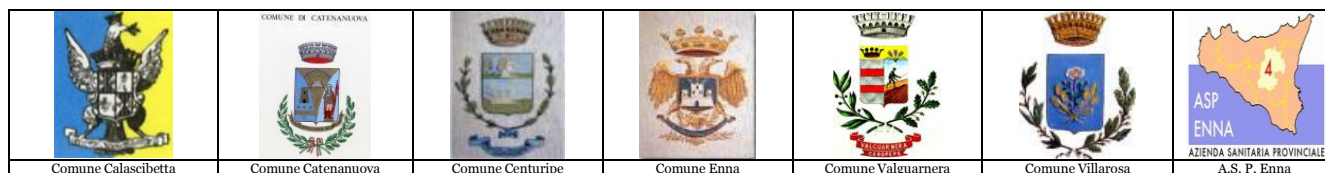


DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D22



Assistenza domiciliare per anziani SCHEDA DESCRITTIVA DELL'AUTOSUFFICIENZA (da compilarsi a cura del medico di famiglia)

BARTHEL: VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'

ANZIANO: _____

Età _____

ATTIVITA'

Alimentazione

0= incapace

5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo

10 = indipendente

Fare il bagno

0= dipendente

5= indipendente

Igiene personale

0= necessita di aiuto

5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)

Vestirsi

0= dipendente

5= necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole

10 = indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni

Controllo del retto

0= incontinente

5= occasionali incidenti o necessita di aiuto

10 = continente

Controllo della vescica

0= incontinente

5= occasionali incidenti o necessita di aiuto

10 = continente

Trasferimenti nel bagno 0= dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10 = indipendente	<input type="text"/>
Trasferimenti sedia/letto 0= incapace, no equilibrio da seduto 5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10 = minima assistenza e supervisione 15= indipendente	<input type="text"/>
Deambulazione 0= immobile 5= indipendente con carrozzina per > 45 m 10 = necessita di aiuto di una persona per > 45 m 15= indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	<input type="text"/>
Salire le scale 0= incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10 = indipendente, può usare ausili	<input type="text"/>
TOTALE (0-100)	<input type="text"/>

In seguito alla valutazione generale

SI CERTIFICA CHE

l'anziano è parzialmente autosufficiente

l'anziano non è autosufficiente

(data) _____

Firma
e timbro del medico curante