

Sig./ra _____ nato/a il _____

Residente a _____

INDICE DI VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE

per ciascuna delle funzioni elencate, contrassegnare la descrizione meglio corrispondente

SEZ. A: ANAMNESI E CONDIZIONI ATTUALI:

FATTORI MEDICI BIOLOGICI:

1) CAPACITA' DI MOVIMENTO	2) STATO MENTALE	3) ORIENTAMENTO TEMPORO-SPAZIALE	4) FUNZIONI SENSORIALI	5) CONTROLLO SFINTERI
Cammina autonomamente ☐ 0	Parla e comprende ☐ 0	Orientato ☐ 0	Apparentemente normali ☐ 0	Controllo completo ☐ 0
Cammina con bastone o altro supporto ☐ 10	Comprende soltanto ☐ 25	Parzialmente orientato ☐ 25	Deficit tatto/gusto ☐ 5	Incontinenza urinaria episodica ☐ 10
Cammina con l'aiuto di un'altra persona ☐ 25	Non comprende ☐ 75	Disorientato frequentemente ☐ 50	Deficit uditivo ☐ 15	Incontinenza urinaria notturna ☐ 25
Seduto su carrozzina ☐ 50	Comportamento aggressivo e pericoloso ☐ 100	Stabilmente disorientato ☐ 75	Deficit visivo ☐ 25	Incontinenza urinaria diurna ☐ 30
Allettato ☐ 100			Deficit visivo grave ☐ 50	Portatore di catetere a permanenza ☐ 50
			Deficit uditivo grave e/o visivo globale grave ☐ 100	Incontinenza doppia (urinaria e fecale) ☐ 100
6) PIAGHE DA DECUBITO	7) ALIMENTAZIONE	8) IGIENE PERSONALE ED ABBIGLIAMENTO	9) RITMO SONNO VEGLIA	10) CONDIZIONI DI SALUTE
Assenti ☐ 0	Indipendente ☐ 0	Autonomia e sufficienza completa ☐ 0	Regolare ☐ 0	Buona salute, non necessita di cure mediche ☐ 0
Superficiali (stadio I II) ☐ 25	Mangia da solo pasti già preparati ☐ 25	Necessita di aiuto e/o supervisione ☐ 25	Irrequietezza notturna ☐ 10	Necessità di cure mediche saltuarie a domicilio ☐ 5
Profonde (stadio III) ☐ 75	Necessita di aiuto (deve essere imboccato) ☐ 50	Deve essere lavato e vestito ☐ 50	Sonnolenza diurna e irrequietezza notturna ☐ 25	Necessità di cure mediche settimanali a domicilio ☐ 10
Profonde (stadio IV) ☐ 100			Completa alterazione (inversione del ritmo) ☐ 50	Necessità di cure mediche quotidiane ☐ 75

Sez. B) FATTORI SOCIO-AMBIENTALI

11) FABBISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA	12) E' PRIVO DI MALATTIE INFETTIVE E PUO' VIVERE IN COMUNITA'	13) TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO		
Buona salute, non necessita di assistenza infermieristica ☐ 0	SI ☐	Il paziente è autonomo nell'assunzione della terapia e nella gestione degli stessi ☐ 0		
Necessità saltuaria di assenza infermieristica ☐ 5	NO ☐	Il paziente necessita di supervisione nell'assunzione dei farmaci e nella gestione degli stessi ☐ 50		
Necessità di assistenza infermieristica una v/settimana ☐ 25		Il paziente è totalmente dipendente nell'assunzione dei farmaci e nella gestione degli stessi ☐ 100		
Necessità di assistenza infermieristica quotidiana ☐ 50				

Note _____

Punteggio totale _____

VALORI LIMITE PER CLASSE FUNZIONALE

- AUTOSUFFICIENZA minore di 100
- PARZIALE AUTOSUFFICIENZA da 100 a 200
- NON AUTOSUFFICIENZA maggiore di 200

Residenza assistenziale alberghiera (R.A.A.)
 Residenza assistenziale (R.A.)
 Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.)

Data _____

Firma del medico
