



CASA DI RIPOSO "G. VADA"
Via Marconi 22 – VERZUOLO

MODELLO: VALUTAZIONE FUNZIONALE

MOD. INS 08

REV. 00

Sig./ra _____ nato/a il _____

residente a _____

INDICE DI VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE

Per ciascuna delle funzioni elencate contrassegnare la descrizione meglio corrispondente.

Sez. A) FATTORI MEDICO-BIOLOGICI

1) CAPACITA' DI MOVIMENTO	2) STATO MENTALE	3) ORIENTAMENTO TEMPORO-SPAZIALE	4) FUNZIONI SENSORIALI	5) CONTROLLO DEGLI 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	necessità di aiuto e/o supervisione ☐ 25	irrequietezza notturna ☐ 10	necessità di cure mediche saltuarie a domicilio ☐ 5
profonde (stadio III) ☐ 75	necessità di aiuto (deve essere imboccato) ☐ 50	deve essere lavato e vestito ☐ 50	sonnolenza diurna ed irrequietezza notturna ☐ 25	necessità di cure mediche settimanali a domicilio ☐ 25
profonde (stadio IV) ☐ 100			completa alterazione (inversione del ritmo) ☐ 50	necessità di cure mediche quotidiane ☐ 75



CASA DI RIPOSO "G. VADA"
Via Marconi 22 – VERZUOLO

MODELLO: VALUTAZIONE FUNZIONALE

MOD. INS 08

REV. 00

Sez. B) FATTORI SOCIO-AMBIENTALI

11) FABBISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA	12) SITUAZIONE ABITATIVA DOMICILIARE	13) SITUAZIONE FAMILIARE	14) SITUAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	15) CONTATTO SOCIALE
buona salute, non necessita di assistenza infermieristica ☐ 0	alloggio idoneo ☐ 0	famiglia collaborante ed in grado di fornire assistenza ☐ 0	completamente sufficiente ☐ 0	attivo ed autonomo senza limitazioni geografiche ☐ 0
necessità saltuaria di assistenza infermieristica ☐ 5	manca di alcuni servizi all'interno dell'alloggio ☐ 15	famiglia che necessita di aiuto per la cura dell'anziano ☐ 25	necessità di aiuto da parte dei parenti ☐ 5	autonomo nell'ambito del quartiere o paese ☐ 10
necessità di supervisione nell'assunzione di medicinali ☐ 10	barriere architettoniche ☐ 25	famiglia incapace o non collaborante ☐ 35	necessità di aiuto da parte di conoscenti o volontari ☐ 15	limitato al vicinato ☐ 25
necessità di assistenza infermieristica 1 v./settimana ☐ 25		senza famiglia/amici ☐ 50	precarietà ☐ 20	limitato alla famiglia ☐ 35
necessità di assistenza infermieristica quotidiana ☐ 50			povertà estrema ☐ 25	isolamento ☐ 50

Note

Punteggio Fattori Medico Biologici - Punteggio Fattori Socio Ambientali - Punteggio Totale

VALORI LIMITE PER CLASSE FUNZIONALE

- AUTOSUFFICIENZA < 100
- PARZIALE AUTOSUFFICIENZA 100 - 200
- NON AUTOSUFFICIENZA > 200

STRUTTURE ASSISTENZIALI EVENTUALMENTE INDICATE

RESIDENZA ASSISTENZIALE ALBERGHIERA (R.A.A.)
RESIDENZA ASSISTENZIALE (R.A.)
RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE (R.A.F.) O
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)

Data _____

IL MEDICO _____