

## Questionario medico

Da compilare solo se non è stato ancora assegnato l'assegno di cura

Sig/Sig.ra .....

nato/a ..... in .....

residente a .....

residenza attuale.....

### Spuntare la casella corrispondente:

- |   |                                  |   |  |
|---|----------------------------------|---|--|
| Alzarsi spontaneamente                  | <input type="checkbox"/> sì      | <input type="checkbox"/> no                       | <input type="checkbox"/> con sollecitazione<br><input type="checkbox"/> con l'aiuto di una persona<br><input type="checkbox"/> impossibile                     |
| Deambulazione senza aiuto               | <input type="checkbox"/> sì      | <input type="checkbox"/> no                       | <input type="checkbox"/> con ausili per la deambulazione<br><input type="checkbox"/> con l'aiuto di almeno una persona<br><input type="checkbox"/> impossibile |
| Lavarsi senza aiuto                     | <input type="checkbox"/> sì      | <input type="checkbox"/> no                       | <input type="checkbox"/> con sollecitazione<br><input type="checkbox"/> con l'aiuto di una persona<br><input type="checkbox"/> impossibile                     |
| Vestirsi e spogliarsi senza aiuto       | <input type="checkbox"/> sì      | <input type="checkbox"/> no                       | <input type="checkbox"/> con sollecitazione<br><input type="checkbox"/> con l'aiuto di una persona<br><input type="checkbox"/> impossibile                     |
| Alimentazione autonoma                  | <input type="checkbox"/> sì      | <input type="checkbox"/> no                       | <input type="checkbox"/> con sollecitazione<br><input type="checkbox"/> con l'aiuto di una persona<br><input type="checkbox"/> impossibile                     |
| Uso del bagno autonomo                  | <input type="checkbox"/> sì      | <input type="checkbox"/> no                       | <input type="checkbox"/> con sollecitazione<br><input type="checkbox"/> con l'aiuto di una persona<br><input type="checkbox"/> impossibile                     |
| Soffre di incontinenza urinale          | <input type="checkbox"/> sì      | <input type="checkbox"/> parziale                 | <input type="checkbox"/> no  |
| Materiale per l'incontinenza necessario | <input type="checkbox"/> sì      | <input type="checkbox"/> no                       |  |
| Soffre di incontinenza fecale           | <input type="checkbox"/> sì      | <input type="checkbox"/> parziale                 | <input type="checkbox"/> no  |
| Materiale per l'incontinenza necessario | <input type="checkbox"/> sì      | <input type="checkbox"/> no                       |  |
| Allettato                               | <input type="checkbox"/> sì      |   | <input type="checkbox"/> no  |
| Orientamento                            |                                  |   |  |
| nel tempo                               | <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> leggermente disorientato | <input type="checkbox"/> molto disorientato  |
| nello spazio                            | <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> leggermente disorientato | <input type="checkbox"/> molto disorientato  |
| Udito                                   | <input type="checkbox"/> buono   | <input type="checkbox"/> diminuito                | <input type="checkbox"/> apparecchio acustico compensa completamente<br><input type="checkbox"/> apparecchio acustico compensa meno del 50%                    |

#### VinzenzHaus

Seniorenwohnheim · Casa di riposo  
Kapuzinergasse 10 · via dei Cappuccini 10  
I - 39100 Bozen · Bolzano

+39 0471 981176

info@vinzenzhaus.it



# VinzenzHaus

Vista  bene  diminuito  Ausilio visivo compensa completamente  
 Ausilio visivo compensa meno del 50%

Dolore  raro  frequentemente  cronico  
 compensazione possibile (p.e. con antidolorifici)  compensazione non possibile (p.e. anche con l'aiuto dell'antidolorifico)

## Comportamento relazionale

Riconosce i propri cari  sì  no  
Interazione  attivo possibile  solo passivamente  
Rifiuto - comportamento difensivo  sì  no

## Comunicazione

Possibilità di esprimere il proprio bisogno  sì  no  
Comunicazione verbale  possibile  non possibile

Comportamento emotivo  Non invadente o appropriato alla situazione di vita  
Comportamento aggressivo situazionale  sì  no

## Esempi

Comportamento depressivo situazionale:  sì  no

## Esempi

Aggressivo a lunga durata  sì  no  
Depressivo a lunga durata  sì  no  
Paure, compulsioni, allucinazioni  sì  no

Comportamento nel sonno  dorme senza problemi apparenti  sonno agitato  
Disturbo del sonno  sì  no

Disturbi da dipendenza  no  sì, ovvero: .....

## Raccomandazioni del medico:

Fisioterapia  Ergoterapia  Logopedia  Psicoterapia  altro:.....  
L'assistenza a domicilio ha senso  sì  no  
Possibilità di assistenza domiciliare  sì  no  
Assistenza in una casa di riposo a lungo termine indicata  sì  no  
Assistenza in una casa di riposo a tempo determinato indicata  sì  no

È confermato che il paziente non mostra segni di presenza di malattie infettive.

→ **IMPORTANTE: allegare la diagnosi attuale e il piano di trattamento in corso.**

Nome del Medico di base:

.....

Data

Timbro e firma del medico

.....

.....

