



Azienda per i Servizi Sanitari n°4 Medio Friuli
Regione Friuli Venezia Giulia

DISTRETTO SANITARIO DI UDINE - VIA SAN VALENTINO, 20 - 33100 Udine

SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

B.I.N.A.

Cognome..... Nome..... Sesso M F

Nat... il..... a.....

VALUTAZIONE EFFETTUATA PRESSO (per gli eccetti in Casa di Riposo va segnalata la sede di provenienza dell'anziano)

U.V.D.

ABITAZIONE

R.S.A.

CASA DI RIPOSO

ALTRO

PATOLOGIA / DISABILITA' / CONDIZIONE DI DISAGIO PREVALENTE

- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. NEOPLASIE | 8. M. APP. GENITOURINARIO |
| 2. ICTUS | 9. DISTURBI PSICHIATRICI |
| 3. DEMENZA | 10. GRANDE SENILITA' |
| 4. TRAUMI E FRATTURE | 11. ASS. RISORSE SOC. e/o FAMIL. |
| 5. CECITA' E/O SORDITA' | 12. DIABETE |
| 6. M. APP. LOCOMOTORE | 13. M. APP. CARDIOVASCOLARE |
| 7. M. APP. RESPIRATORIO | 14. ALTRO (specificare) |

PUNTEGGIO DELLA VALUTAZIONE/1000

OSSERVAZIONI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO 6. DEFICIT SENSORIALI

1.1	NON NECESSARIE	10	6.1	NORMALE	10
1.2	PER ULCERAZIONI E DISTROFIE CUTANEE	30	6.2	DEFICIT CORREGGIBILE CON L'AIUTO DI PROTESI	20
1.3	PER CATETERE A PERMANENZA	40	6.3	GRAVE DEFICIT NON CORREGGIBILE	80
1.4	PER PIAGHE DA DECUBITO	100	6.4	CECITA' E/O SORDITA' COMPLETA	100

2. NECESSITA' PRESTAZIONI MEDICHE 7. MOBILITA'

2.1	BUONE CONDIZIONI DI SALUTE	10	7.1	CAMMINA AUTONOMAMENTE SENZA AIUTO	10
2.2	NECESSITA DI CONTROLLI PERIODICI (es. pressione, glicemia, ecc.)	20	7.2	CAMMINA O SI SPOSTA CON L'AIUTO SALTUARIO DI ALTRE PERSONE	30
2.3	NECESSITA' DI CONTROLLI DEL M. SPECIALISTA DI UN CERTO IMPEGNO	40	7.3	SI SPOSTA CON L' AIUTO DI ALTRE PERSONE O CON CARROZZINA	80
2.4	PRESTAZIONI MEDICHE CONTINUATIVE	100	7.4	ALLETTATO DEVE ESSERE ALZATO E MOBILIZZATO	100

3. CONTROLLO SFINTERICO 8. ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

3.1	PRESENTE	10	8.1	TOTALMENTE INDIPENDENTE	10
3.2	INCONTINENZA URINARIA EPISODICA	30	8.2	AIUTO PROGRAMMATO	20
3.3	INCONTINENZA URINARIA PERMANENTE	70	8.3	AIUTO NECESSARIO MA PARZIALE	50
3.4	INCONTINENZA TOTALE	100	8.4	TOTALMENTE DIPENDENTE	100

4. DISTURBI COMPORTAMENTALI 9. ATT. OCCUPAZ. E IMPIEGO TEMPO LIBERO

4.1	ASSENTI	10	9.1	ENTRA ED ESCE LIBERAMENTE DALLA RESIDENZA	10
4.2	DISTURBI DELL'UMORE	50	9.2	SVOLGE PICCOLI LAVORI/MANSIONI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA	30
4.3	DISTURBI DELLA COGNITIVITA'	80	9.3	SVOLGE ATTIVITA' CON L'AIUTO DI ALTRE PERSONE	60
4.4	DISTURBI DELLA COGNITIVITA' CON COMPORTAMENTO DISTURBATO	100	9.4	NON SVOLGE NESSUNA ATTIVITA'	100

5. FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE 10. STATO DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE

5.1	NORMALE	10	10.1	HA UN ADEGUATO SUPPORTO DELLA FAMIGLIA	10
5.2	LINGUAGGIO MENOMATO ESPRIME COMUNQUE IL SUO PENSIERO	30	10.2	SUPPORTO DA PARENTI E AMICI	30
5.3	COMPRENDE SOLO ORDINI SEMPLICI NON RIESCE AD ESPRIMERE CON COERENZA IL PROPRIO PENSIERO	70	10.3	SUPPORTO DA PARENTI E AMICI SOLO IN CASO DI BISOGNO	70
5.4	NON COMPRENDE	100	10.4	SUPPORTO SOLAMENTE ISTITUZIONALE	100

Items sanitari (1,2,4) _____

Items assistenziali (3,5,6,7,8,9,10) _____

TOTALE _____

DATA ____ / ____ / ____

Firme _____
