

Sig/Sig.ra .....

Nato/a a ..... il .....

Abitante a ..... Via .....

**Anamnesi patologia remota** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**Anamnesi patologia prossima** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Altri problemi clinici**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nessuno                                     | <input type="checkbox"/> ventilazione polmonare assistita |
| <input type="checkbox"/> tracheostomia                               | <input type="checkbox"/> coma o stato neuro vegetativo    |
| <input type="checkbox"/> trattamento emodiliaco                      | <input type="checkbox"/> radioterapia                     |
| <input type="checkbox"/> trattamento dialitico peritoneale           | <input type="checkbox"/> chemioterapia                    |
| <input type="checkbox"/> ossigeno terapia con O <sub>2</sub> liquido | <input type="checkbox"/> portatore catetere vescicale     |
| <input type="checkbox"/> ossigeno terapia con O <sub>2</sub> gassoso | <input type="checkbox"/> portatore di ano Praeternaturale |
| <input type="checkbox"/> ossigeno terapia con concentratore          |   |
| <input type="checkbox"/> altro .....                                 |   |

**Compenso cardio-circolatorio**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soddisfacente | <input type="checkbox"/> In compenso farmacologico |
| <input type="checkbox"/> Scompensato   |  |

**Compenso respiratorio**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soddisfacente             | <input type="checkbox"/> Scompensato |
| <input type="checkbox"/> In compenso farmacologico |                                      |

**Vista e udito**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> normale   | <input type="checkbox"/> grave deficit uditivo non correggibile |
| <input type="checkbox"/> deficit corretto da protesi e/o occhiali in uso | <input type="checkbox"/> cecità completa                        |
| <input type="checkbox"/> grave deficit visivo non correggibile           | <input type="checkbox"/> sordità completa                       |

**Disturbi comportamentali e problemi psichiatrici**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nessuno  | <input type="checkbox"/> vagabondaggio                             |
| <input type="checkbox"/> ansia  | <input type="checkbox"/> inversione ritmo sonno - veglia           |
| <input type="checkbox"/> depressione  | <input type="checkbox"/> auto etero aggressività                   |
| <input type="checkbox"/> deliri (di persecuzione, di gelosia, ecc)                    | <input type="checkbox"/> urla, lamentazioni o vocalismi ripetitivi |
| <input type="checkbox"/> forme di demenza   | <input type="checkbox"/> in cura presso servizi psichiatrici       |
| <input type="checkbox"/> allucinazioni  | <input type="checkbox"/> tentati suicidi                           |
| <input type="checkbox"/> agitazione psicomotoria notturna                             | <input type="checkbox"/> etilismo attuale                          |
| <input type="checkbox"/> agitazione psicomotoria diurna                               | <input type="checkbox"/> etilismo pregresso                        |
| <input type="checkbox"/> rifiuto dell'assistenza nelle attività della vita quotidiana |  |
| <input type="checkbox"/> altro .....  |  |

**Alterazioni neurologiche**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> epilessia          | <input type="checkbox"/> progressi Tia   |
| <input type="checkbox"/> morbo di Parkinson | <input type="checkbox"/> progressi ictus |
| <input type="checkbox"/> morbo di Alzheimer |  |
| <input type="checkbox"/> altro .....        |  |

**Linguaggio**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normale                       | <input type="checkbox"/> Disartria      |
| <input type="checkbox"/> Afasia con buona comprensione | <input type="checkbox"/> Afasia globale |

**E' allettato ?**

- No
- Si Da quanto tempo .....
- Motivo della ridotta motilità .....

**Medicazioni**

- lesioni da decubito localizzazione ..... stadio .....
- lesioni da decubito localizzazione ..... stadio .....
- altre medicazioni .....

**In passato ha effettuato terapia riabilitativa ?**

- No  Sì, con buon risultato  
 Sì, con risultato parziale

Note .....

E' esente da malattie infettive e può vivere in comunità ?

- Sì  
 No, perché .....

**Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> stato nutrizionale soddisfacente | <input type="checkbox"/> cibi frullati                 |
| <input type="checkbox"/> obesità                          | <input type="checkbox"/> cibi omogeneizzati            |
| <input type="checkbox"/> malnutrizione                    | <input type="checkbox"/> nutrizione enterale per PEG   |
| <input type="checkbox"/> disfagia                         | <input type="checkbox"/> nutrizione per sondino        |
| <input type="checkbox"/> rifiuto del cibo                 | <input type="checkbox"/> nutrizione parenterale totale |
| <input type="checkbox"/> altro .....                      |  |

**Allergie e intolleranze alimentari conosciute** .....

.....

**Terapia farmacologica in corso** (indicare il farmaco in uso e la posologia)

.....

.....

.....

**Allergie a farmaci ?**

- sì, a quali .....
- no

Data .....

Scheda compilata a cura del Dott. ....

con ambulatorio in .....

Via ..... Telefono .....

Giorni e orari di ricevimento .....

.....

**Il Medico Curante** ( Timbro e firma) .....

**BREVE INDICE DI NON AUTOSUFFICIENZA (B.I.N.A.)**

**1. MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO**

- |   |     |                          |
|---|-----|--------------------------|
| 1.1 Non necessarie                      | 10  | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 Per ulcerazioni e distrofie cutanee | 30  | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 Per catetere a permanenza           | 40  | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 Per piaghe da decubito              | 100 | <input type="checkbox"/> |

Punteggio: \_\_\_\_\_

**2. NECESSITA' DI PRESTAZIONI MEDICHE**

- |  |     |                          |
|--|-----|--------------------------|
| 2.1 Buona salute per cui non necessarie<br>(sono necessari solo controlli medici ambulatoriali)                  | 10  | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Necessita di prestazioni ambulatoriali interne<br>(accertamenti diagnostici, ecc.)                           | 20  | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Necessita di prestazioni ambulatoriali esterne<br>(terapia radiante, psichiatrica, consulenza specialistica) | 40  | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 Necessita di controllo medico continuo   | 100 | <input type="checkbox"/> |

Punteggio: \_\_\_\_\_

**3. CONTROLLO SFINTERICO**

- |   |     |                          |
|---|-----|--------------------------|
| 3.1 Presente                                | 10  | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Incontinenza saltuaria                  | 30  | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 Incontinenza urinaria                   | 70  | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 Incontinenza totale (vescicale e anale) | 100 | <input type="checkbox"/> |

Punteggio: \_\_\_\_\_

**4. DISTURBI COMPORTAMENTALI**

- |  |     |                          |
|--|-----|--------------------------|
| 4.1 Assenti  | 10  | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 Disturbi dell'umore<br>(triste, malinconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci)             | 50  | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 Disturbi della cognitivita'<br>(non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessita') | 80  | <input type="checkbox"/> |
| 4.4 Costante atteggiamento aggressivo e/o violento   | 100 | <input type="checkbox"/> |

Punteggio: \_\_\_\_\_

## 5. FUNZIONI DEL LINGUAGGIO

5.1 Parla e comprende normalmente	10	<input type="checkbox"/>
5.2 Linguaggio menomato, ma esprime comunque il pensiero	30	<input type="checkbox"/>
5.3 Non riesce ad esprimere il suo pensiero ma comprende	70	<input type="checkbox"/>
5.4 Non comprende non si esprime	100	<input type="checkbox"/>
Punteggio: ____		

## 6. DEFICIT SENSORIALI (Udito e vista)

6.1 Normale	10	<input type="checkbox"/>
6.2 Deficit correggibile solo con l'aiuto di protesi e/o occhiali	20	<input type="checkbox"/>
6.3 Grave deficit non correggibile	80	<input type="checkbox"/>
6.4 Cecità e/o sordità completa	100	<input type="checkbox"/>
Punteggio: ____		

## 7. MOBILITA'

7.1 Cammina autonomamente senza aiuto	10	<input type="checkbox"/>
7.2 Cammina e si sposta con ausili	30	<input type="checkbox"/>
7.3 Si sposta con aiuto di altre persone o con sedia a rotelle	80	<input type="checkbox"/>
7.4 Allettato, deve essere alzato	100	<input type="checkbox"/>
Punteggio: ____		

## 8. ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

### (Igiene personale – Abbigliamento – Alimentazione)

8.1 Totalmente indipendente	10	<input type="checkbox"/>
8.2 Aiuto saltuario	20	<input type="checkbox"/>
8.3 Aiuto necessario ma parziale	50	<input type="checkbox"/>
8.4 Totalmente dipendente	100	<input type="checkbox"/>
Punteggio: ____		

## 9. ATTIVITA' E IMPEGNO DEL TEMPO

9.1 Entra ed esce consapevolmente dalla residenza	10	<input type="checkbox"/>
9.2 E' motivato a svolgere attività costruttive solo all'interno della residenza	30	<input type="checkbox"/>
9.3 E' in grado di svolgere attività all'interno della residenza con lo stimolo e la supervisione di operatori	60	<input type="checkbox"/>
9.4 Non svolge alcuna attività	100	<input type="checkbox"/>
Punteggio: ____		

## 10. STATO DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE

(valutazione della disponibilità relazionale, affettiva e assistenziale  
in rapporto alla rete familiare e sociale)

10.1	Mantiene buoni e regolari rapporti con la famiglia	10	<input type="checkbox"/>
10.2	Non ha buoni e regolari rapporti con la famiglia ma solo con amici e parenti	30	<input type="checkbox"/>
10.3	Anici, parenti e volontari sono disponibili solo in caso di bisogno (problemi sanitari, pratiche burocratiche, difficoltà economiche, disagi assistenziali)	70	<input type="checkbox"/>
10.4	L'anziano può contare solo sull'aiuto istituzionale	100	<input type="checkbox"/>

Punteggio: \_\_\_\_\_

*PUNTEGGIO TOTALE RIPORTATO NELLA VALUTAZIONE: ...../...../*

B.I.N.A è stata tarata per un cut-off corrispondente a 210, pertanto propone come autosufficienti i soggetti con punteggio inferiore o uguale a 210 e come non autosufficienti i soggetti con punteggio uguale o superiore a 220