



VALUTAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA  
(cerchiare per ciascuna attività la descrizione più appropriata)

<b>LAVARSI: (con spugna, doccia, in vasca).</b>	Non abbisogna di alcun aiuto per farsi il bagno.	Riceve aiuto solo per lavarsi una parte del corpo (quale il dorso e le gambe).	Riceve aiuto per lavarsi più di una parte del corpo o non può farsi il bagno.
<b>VESTIRSI:</b>	Prende i vestiti e li indossa senza aiuto.	Richiede aiuto per allacciarsi le scarpe o abbottonarsi.	Viene aiutato per vestirsi in parte o completamente.
<b>ANDARE AL GABINETTO:</b>	Si reca al gabinetto, si pulisce e si aggiusta i vestiti senza aiuto.	Viene aiutato nel recarsi al gabinetto, pulirsi, infilarsi i vestiti.	Non è in grado di recarsi al gabinetto.
<b>MUOVERSI:</b>	Si muove da solo, dentro e fuori casa.	Cammina solo con aiuto o con appoggi dentro casa.	Non è assolutamente in grado di camminare.
<b>CONTINENZA:</b>	E' in grado di controllare gli sfinteri.	Ha perdite occasionali.	E' necessario usare il catetere o vi è una grossa incontinenza.
<b>ALIMENTAZIONE:</b>	Si nutre da solo senza aiuto.	Si nutre da solo ma necessita di aiuto per tagliare la carne o versarsi da bere.	Riceve aiuto nell'alimentarsi.

**AI FINI DELL'ACCOGLIENZA NELLA CASA ALBERGO "ENRICO CARATTI"**

Ritegno che il/la

Sig.....

- Necessiti di
- Cure igieniche
  - Cure mediche
  - Osservare la dieta
    - leggera
    - iposodica
- non necessiti di particolari cure o diete

Dichiaro che ..l..stess.. è in condizioni generali fisico-psichiche

- buone
  - discrete
  - scadenti
- in grado di badare a se stess...
- non in grado di badare a se stess....

Il/la signor \_ \_\_\_\_\_ non è affett\_\_ da malattia infettiva o contagiosa. E' esente da turbe mentali che ne impediscano la vita comunitaria.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma del medico