

Residenza Sanitaria Assistenziale
VILLA SERENA
 23851 GALBLATE (LECCO) Piazza Grandi 1
 Tel.0341/242011 Fax 0341/2420234
 E-mail segreteria@rsavillaserena.com

Valutazione proposte alloggi protetti per anziani

Nome e cognome ospite: _____ Data di nascita: _____

[Se da RSA Villa Serena Nucleo: _____ Camera: singola doppia]

Vive a domicilio? sì no Se no, dove? _____

Vive solo? sì no Se sì, con chi? coniuge figlio familiare badante altro

Sintesi dei bisogni		Frequenza			
Igiene quotid. assistita	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	quotidiana <input type="checkbox"/>	gg alterni <input type="checkbox"/>	settimanale <input type="checkbox"/>	
Bagno assistito	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	quotidiana <input type="checkbox"/>	gg alterni <input type="checkbox"/>	settimanale <input type="checkbox"/>	
Altre esigenze	Bisogni	Descrizione			
Alimentazione	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	iper calorica <input type="checkbox"/>	ipo calorica <input type="checkbox"/>	trita/frullata <input type="checkbox"/> allergie/intolleranze <input type="checkbox"/> _____	
Ausili per deambulazione	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	bastone <input type="checkbox"/>	treppiedi <input type="checkbox"/>	walker <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/>	
Incontinenza	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	urinaria <input type="checkbox"/>	fecale <input type="checkbox"/>	doppia <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> catetere vescicale <input type="checkbox"/>	
Autonomie					
Igiene	Autonoma	Minimo aiuto	Aiuto moderato	Dipendenza totale	
Alimentazione	Autonoma	Minimo aiuto	Dipendenza totale	NE/NP	
Deambulazione	Autonoma	Minimo aiuto	Carrozzina	Allettato	
Cognitività, umore, comportamento	Lucido	Collaborante	Comprende a fatica	Comunica con fatica	Agitato
	Aggressivo	Disorientamento S <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	Depresso	Ansioso	Disturbi memoria
Morbilità	Assente/lieve	Moderata	Grave	Molto grave	

Patologie e interventi pregressi:

Patologie attuali:

Terapia in atto

Previsione di spesa farmaceutica mensile

Allegare:

- CERTIFICATO MEDICO attestante grado di autosufficienza
- CERTIFICATO MEDICO attestante assenza di malattie infettive e/o diffusibili e idoneità alla vita di comunità

Data e luogo

Firma del compilatore (familiare o Medico curante)
