

SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLA AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' QUOTIDIANE

SIG./SIG.RA

.....

ALIMENTAZIONE

o autonoma con aiuto totalmente dipendente
usa la dentiera SI NO
eventuale dieta

.....

Preferenze nel cibo

.....

IGIENE PERSONALE

o si lava autonomamente si lava con assistenza totalmente dipendente
note

BAGNO

autonomo con aiuto totalmente dipendente

ABBIGLIAMENTO

autonomo con assistenza totalmente dipendente
note

.....

CONTROLLO SFINTERICO

Incontinenza urinaria assente occasionale abituale
Incontinenza fecale assente occasionale abituale
Utilizzo WC autonomo con aiuto totalmente dipendente
Ausili per incontinenza

.....

MOBILITA'

deambulazione autonoma con aiuto totalmente dipendente
ausili per la mobilità

.....

COMUNICAZIONE

Vista

Pagina 2 di 2

o vede bene o vede poco o non vedente
Fa uso di occhiali o SI o NO
Udito o sente bene o sente poco o non udente
Usa apparecchio acustico o SI o NO
Linguaggio o chiaro o poco comprensibile o incomprensibile

ASPETTI COGNITIVI

Memoria o ricorda o occasionalmente smemorato
o dimentica fatti recenti o non ricorda

Orientamento o orientato o parzialmente orientato o disorientato
Comprensione o SI o solo concetti semplici o NO
Capacità di attenzione e concentrazione o SI o NO

ASPETTI DEL CARATTERE

o ottimista o pessimista
o socievole o introverso
o irascibile o tranquillo
o temperamento forte o emotivo
o loquace o taciturno
o disturbi del sonno o agitazione psico-motoria

Hobby e interessi

.....
.....
.....

Abitudini particolari (fumo, vino ,ecc.)

.....
.....
.....