

**AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI  
N. 4 "MEDIO FRIULI"**

<b>1 MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO</b>		
1.1	Non necessarie	10
1.2	Per ulcerazioni e distrofie cutanee	30
1.3	Per catetere a permanenza	40
1.4	Per piaghe da decubito	100

<b>6 DEFICIT SENSORIALI</b>		
6.1	Normale	10
6.2	Deficit correggibile con l'aiuto di protesi	20
6.3	Grave deficit non correggibile	80
6.4	Cecità e/o sordità completa	100

<b>2 NECESSITA' DI PRESTAZIONI MEDICHE</b>		
2.1	Buone condizioni di salute	10
2.2	Necessità di controlli periodici	20
2.3	Necessità di controlli medici specialistici di un certo impegno	40
2.4	Prestazioni mediche continuative	100

<b>7 MOBILITA'</b>		
7.1	Cammina autonomamente senza aiuto	10
7.2	Cammina o si sposta con l'aiuto saltuario di altre persone	30
7.3	Si sposta con l'aiuto di altre persone o in carrozzina	80
7.4	Allettato deve essere alzato e mobilizzato	100

<b>3 CONTROLLO SFINTERICO</b>		
3.1	Presente	10
3.2	Incontinenza urinaria episodica	30
3.3	Incontinenza urinaria permanente	70
3.4	Incontinenza totale	100

<b>8 ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA</b>		
8.1	Totalmente indipendente	10
8.2	Aiuto programmato	20
8.3	Aiuto necessario ma parziale	50
8.4	Totalmente dipendente	100

<b>4 DISTURBI COMPORTAMENTALI</b>		
4.1	Assenti	10
4.2	Disturbi dell'umore	50
4.3	Disturbi della cognitivà	80
4.4	Disturbi della cognitivà con comportamento disturbato	100

<b>9 ATT. OCCUPAZ. E IMPIEGO TEMPO LIBERO</b>		
9.1	Entra e esce liberamente dalla residenza	10
9.2	Svolge piccoli lavori/mansioni all'interno della residenza	30
9.3	Svolge attività con l'aiuto di altre persone	60
9.4	Non svolge alcuna attività	100

<b>5 FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E COMUN.</b>		
5.1	Normale	10
5.2	Linguaggio menomato esprime comunque il suo pensiero	30
5.3	Comprende solo ordini semplici non riesce a esprimere con coerenza il pensiero	70
5.4	Non comprende	100

<b>10 STATO DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE</b>		
10.1	Ha un adeguato supporto familiare	10
10.2	Supporto da parenti e amici	30
10.3	Supporto da parenti e amici solo in caso di bisogno	70
10.4	Supporto solamente istituzionale	100

ITEMS SANITARI (1,2,4)	
ITEMS ASSISTENZIALI (3,5,6,7,8,9,10)	
TOTALE	/1000

Timbro e firma

.....

Data.....