



Data \_\_\_\_\_

**SCHEDA UTENTE:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

**Diagnosi:**

**Altre patologie rilevate:**

**Indicare in quale misura l'invalidità limita l'autosufficienza:**

- per niente       parzialmente       totalmente

**Abilità di movimento dell'utente :**

- si muove in modo autonomo;
- si muove da solo ma con difficoltà;
- si muove con ausilio : \_\_\_\_\_
- è allettato.

**Sono presenti problematiche di incontinenza? ( specificare la tipologia)**



**AMBITO**  
SOCIALE TERRITORIALE **XX**

Porto Sant'Elpidio - Sant'Elpidio a Mare - Monte Urano

## SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

SCHEDA DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO DI BASE

### Disturbi del comportamento:

	GRAVE	MODERATO	LIEVE	ASSENTE
CONFUSIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRRITABILITA'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRREQUIETEZZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Aspetti psico - sensoriali:

	ASSENTE	LIMITATA	INTEGRA
CAPACITA' DI COMUNICARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UDITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEMORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Specificare se l'utente è seguito da:

altri specialisti : \_\_\_\_\_

servizi o strutture : \_\_\_\_\_

### EVENTUALI NOTE

Luogo e data \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA**