



REGIONE LIGURIA

## FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

### SCHEDA REGIONALE DI SEGNALAZIONE DEL MMG

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso M F Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Eventuali altri n° telefonici \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

- |     |  |           |           |
|-----|--|-----------|-----------|
| 1.  | E' in grado di lavarsi                       | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 2.  | E' in grado di vestirsi                      | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 3.  | E' continente per urine e feci               | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 4.  | E' in grado di alimentarsi                   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 5.  | E' in grado di utilizzare i servizi igienici | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 6.  | E' in grado di deambulare                    | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 7.  | Assenza di cardiopatia ischemica             | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 8.  | Assenza di broncopneumopatie                 | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 9.  | E' orientato e collaborante                  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 10. | Assenza di lesioni da decubito               | <b>SI</b> | <b>NO</b> |



REGIONE LIGURIA

**Altri problemi sanitari rilevanti da segnalare** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A. Vive in famiglia o ha reti di supporto familiare di riferimento      **SI**      **NO**

B. Vive con coniuge o altro familiare autosufficiente      **SI**      **NO**

A. Nucleo familiare adeguato (assenza di patologie psichiatriche, assenza di dipendenze da sostanza, assenza handicap )      **SI**      **NO**

**Altri problemi da segnalare** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Timbro e Firma