



**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
"SAN GIUSEPPE" DI PRIMIERO**

Viale Marconi, 19 - Pieve
38054 PRIMIERO SAN MARTINO DI CASTROZZA (TN)
Segreteria ☎ (0439) 62371 - fax 📠 (0439) 765399
Infermeria ☎ (0439) 64620 - fax 📠 (0439) 765406
Cod. Fiscale e P.iva 00374850220
E-mail: segreteria@apsp-primiero.net
Posta elettronica certificata: segreteria@pec.apsp-primiero.net
Sito Internet: <https://www.apsp-primiero.net/>



**Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
"Valle del Vanoi"**

R.S.A. – Casa Soggiorno per Anziani – Centro di Servizi
Via Danoli nr. 15
38050 CANAL SAN BOVO (TN)
tel. 0439 719009 – fax 0439 718830
E-mail: segreteria@rsacanalсанbovo.com
Cod. Fisc. 81002610228 P.Iva 00481180222

***SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'AUTOSUFFICIENZA
Da compilare a cura del medico curante***

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/_____

Sesso M Maschio
F Femmina

Menomazione o condizione di disagio prevalente:

- Malattie apparato locomotore _____
- Malattie apparato respiratorio _____
- Malattie apparato genito urinario _____
- Malattie neurologiche/psichiatriche _____
- Malattie apparato digerente _____
- Malattie endocrino/metabolico _____
- Malattie cute e annessi _____
- Malattie dell'occhio _____
- Malattie dell'orecchio _____
- Malattie cardiovascolari _____
- Neoplasie _____
- Altro _____

Luogo e data _____

Firma del medico _____

Scala di valutazione

1	MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO	
1.1	Non necessarie	
1.2	Per ulcerazioni e distrofie cutanee	
1.3	Per catetere o permanenza	
2	NECESSITA' DI PRESTAZIONI MEDICHE	
2.1	Buona salute per cui non sono necessarie (sono necessari solo controlli medici ambulatoriali)	
2.2	Necessita di prestazioni a domicilio	
2.3	Necessita di prestazioni specialistiche	
3	CONTROLLO SFINTERICO	
3.1	Presente	
3.2	Incontinenza saltuaria	
3.3	Incontinenza urinaria	
4	DISTURBI COMPORTAMENTALI	
4.1	Assenti	
4.2	Disturbi dell'umore (triste, malinconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci)	
5	FUNZIONI DEL LINGUAGGIO	
5.1	Parla e comprende autonomamente	
5.2	Linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	
6	DEFICIT SENSORIALI (VISTA – UDITO)	
6.1	Normale	
6.2	Deficit, ma adeguata alle necessità della persona	
7	MOBILITA'	
7.1	Cammina autonomamente senza aiuto	
7.2	Cammina o si sposta con ausili	
TOTALE		

Supporto della rete sociale (famiglia, privato, vicinato e volontariato)				
	SOGGETTO AUTONOMO	Supporto della rete per soggetto non autonomo		
		Sufficiente	Parzialmente sufficiente o difficoltà di tenuta	Insufficiente
Pulizia della casa				
Lavanderia				
Effettuazione acquisti				
Alimentazione				
Bagno				
Toeletta personale				
Abbigliamento				
Uso del wc (padella o panno)				
Assunzione dei medicinali (se pertinente)				
Trasferimenti				
Gestione del denaro				
Sostegno psicoaffettivo				
Supervisione diurna				
Supervisione notturna				
Barriere architettoniche				
TOTALE RETE SOCIALE				