

Residenza protetta per Anziani Azienda Pubblica di Servizi alla Persona <i>"Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi"</i>	VALUTAZIONE CLINICA E FUNZIONALE MMG	MOD. 10/A Rev. 1 del 02/04/2026
--	---	---------------------------------------

COGNOME E NOME _____ **ETA'** _____

CONDIZIONI GENERALI ☐ Buone ☐ Discrete ☐ Scadenti ☐ Pessime

PATOLOGIA PREVALENTE _____

PATOLOGIE ASSOCIATE _____

ESENZIONI ☐ E01 ☐ C01 ☐ C02 ☐ _____

GRADO DI DISABILITA' NELLE ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA

A.D.L.	Autonomo	Con aiuto	Non autonomo	Informazioni aggiuntive
Alimentazione				Vitto: ☐ comune ☐ cremoso ☐ PEG ☐ SNG ☐ nutrizione parenterale
Fare il bagno (vasca. doccia)				
Controllo sfinterico				Presidi: ☐ CV ☐ pannolone ☐ Stomia _____
Spostamenti e trasferimenti				Ausili: ☐ deambulatore ☐ stampelle ☐ rollator ☐ altri ausili _____ ☐ seggiolone polifunzionale ☐ carrozzina ☐ sollevatore
Toilette (recarsi in bagno per minzione, evacuazione, pulirsi e rivestirsi)				
Vestizione				

Residenza protetta per Anziani Azienda Pubblica di Servizi alla Persona <i>"Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi"</i>	VALUTAZIONE CLINICA E FUNZIONALE MMG	MOD. 10/A Rev. 1 del 02/04/2026
--	---	---------------------------------------

CONDIZIONI CUTE E MUSCOLO-SCHELETRICHE

COGNOME E NOME _____

Muscolo scheletriche	☐ Rigidità ☐ Anchilosi ☐ Osteoporosi ☐ Recenti fratture (_____)
Stato della cute	☐ Piaghe (sede _____) ☐ Ferite chirurgiche (sede _____) ☐ Buono ☐ Altro (_____)

CONDIZIONI CARDIO-RESPIRATORIE

Respirazione	☐ Eupnea ☐ Tracheostomia ☐ O2 terapia flusso lt/min _____ ☐ Altro _____
Cardiovascolare	☐ PMK

CONDIZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICO COMPORTAMENTALE

Vigilanza	☐ Presente ☐ Ridotta ☐ Assente
Comportamento	☐ Normale ☐ Disturbato ☐ Altro
Linguaggio	☐ Normale ☐ Alterato ☐ Altro ☐ Non parla ☐ Non comprende
Memoria	☐ Buona ☐ Compromessa
Orientamento	☐ Presente ☐ Parziale ☐ Assente
Stato dell'umore	☐ Normale ☐ Lievemente ridotto ☐ Fortemente ridotto
Sostegno familiare	☐ Presente ☐ Parzialmente presente ☐ Assente
Capacità di relazione	☐ Presente ☐ Parzialmente presente ☐ Assente

Residenza protetta per Anziani Azienda Pubblica di Servizi alla Persona <i>"Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi"</i>	VALUTAZIONE CLINICA E FUNZIONALE MMG	MOD. 10/A Rev. 1 del 02/04/2026
--	---	---------------------------------------

TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO

COGNOME E NOME _____

FARMACO	DOSE	VIA	POSOLOGIA

FARMACO CON PIANO TERAPEUTICO	DATA SCADENZA PIANO

ALLERGIE ☐ NO ☐ SI: (farmacologiche/alimentari) _____

Altre eventuali osservazioni e/o prescrizioni _____

Ricognizione effettuata con _____ il ____/____/____

Residenza protetta per Anziani Azienda Pubblica di Servizi alla Persona <i>"Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi"</i>	VALUTAZIONE CLINICA E FUNZIONALE MMG	MOD. 10/A Rev. 1 del 02/04/2026
--	---	---------------------------------------

VALUTAZIONE CONCLUSIVA

COGNOME E NOME _____

Sulla base delle evidenze cliniche e funzionali,

il MMG dichiara l'Ospite: ☐ **IDONEO** ☐ **NON IDONEO**

al trasferimento in una struttura residenziale per non autosufficienti.

COGNOME E NOME MEDICO CURANTE _____

Data _____ Firma _____

Residenza protetta per Anziani Azienda Pubblica di Servizi alla Persona <i>"Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi"</i>	VALUTAZIONE CLINICA E FUNZIONALE MMG - MEZZI DI CONTENZIONE	MOD. 10/B Rev. 1 del 02/04/2026
--	--	---------------------------------------

PRESCRIZIONE MEZZI DI CONTENZIONE/PROTEZIONE

Poichè il/la Signor/Signora _____

affetta da _____

presenta ☐ rischio di caduta ☐ agitazione psico-motoria ☐ autolesionismo
☐ eterolesionismo ☐ stato di incoscienza ☐ trattamento intensivo

CONTENZIONE	APPLICAZIONE
Sponde al letto	☐ occasionale ☐ diurna quando a letto ☐ notturna
Fascia pelvica	☐ occasionale ☐ diurna ☐ notturna
Cintura addominale	☐ occasionale ☐ diurna ☐ notturna
Corsetto	☐ occasionale ☐ diurna ☐ notturna
Tavolino per carrozzina	☐ occasionale ☐ diurna ☐ notturna
Polsiere	☐ occasionale ☐ diurna ☐ notturna
Guanto di contenzione	☐ occasionale ☐ diurna ☐ notturna
Altro	

Tale provvedimento, dopo essere stato condiviso con il paziente o suo delegato (tutore/ amministratore di sostegno/procuratore) viene effettuato al fine di preservare l'integrità fisica del paziente stesso.

Per conoscenza ed approvazione

Il paziente / tutore / amministratore di sostegno / procuratore _____

Il Direttore Sanitario _____ Il Medico di Base _____