

ALLEGATO A – SIG./RA \_\_\_\_\_

**STATO CIVILE:**

- CONIUGATO / A
- CELIBE / NUBILE
- CONVIVENTE
- SEPARATO / A
- VEDOVO / A

**INFORMAZIONI GENERALI:**

- E' AUTOSUFFICIENTE
- E' DISABILE/ NON AUTOSUFFICIENTE
- ASSUME LA TERAPIA AUTONOMAMENTE
- UTILIZZA PROTESI DENTARIA
- USA PANNOLONI
- HA LESIONI DA DECUBITO IN ATTO
- UTILIZZA MEZZI DI CONTENZIONE

**ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA:**

**MOBILITA'/DEAMBULAZIONE:**

- autonoma                      con aiuto/ausili                      con carrozzina

**VESTIZIONE/ABBIGLIAMENTO:**

- autonoma                      con aiuto                      totalmente dipendente

**ALIMENTAZIONE:**

- autonoma                      con aiuto                      totalmente dipendente

**UTILIZZO DEI SERVIZI IGIENICI:**

- autonomo                      con aiuto                      non possibile

**PICCOLA IGIENE PERSONALE (lavarsi le mani e il viso, farsi la barba, ecc.):**

- autonomo                      con aiuto                      totalmente dipendente

**BAGNO/DOCCIA:**

autonomo                       con aiuto                       totalmente dipendente

**INCONTINENZA URINARIA:**

assente                       occasionale                       completa

**INCONTINENZA FECALE:**

assente                       occasionale                       completa

**UDITO:**

normale                       compromesso                       molto compromesso  
 uso apparecchio acustico

**VISTA:**

normale                       compromessa                       molto compromessa  
 uso occhiali

**FUMO:**

non fuma                       fumatore saltuariamente                       fuma con regolarità

**ALCOOL:**

non assume                       assume saltuariamente                       assume con regolarità

**MEDICO DI MEDICINA GENERALE DEL RICHIEDENTE:**

Dott./ssa \_\_\_\_\_,

con Studio a \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_

tel. fisso \_\_\_\_\_ tel. cellulare \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DEL RICHIEDENTE:**

non nominato

Sig./ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_  
tel. fisso \_\_\_\_\_ tel. cellulare \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_