



LONG TERM CARE

Relazione medica sulle attività ordinarie della vita quotidiana

Nome e Cognome del Medico _____

Nome e Cognome dell'Iscritto _____

Luogo di nascita dell'Iscritto _____ Data _____

Verifica delle ADL (per ogni "Activity of Daily Living" barrare una sola delle tre caselle proposte)

1. Lavarsi

L'Iscritto è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo?

SI | NO

Eventuali ulteriori osservazioni

2. Vestirsi e svestirsi

L'Iscritto è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo?

SI | NO

Eventuali ulteriori osservazioni

3. Igiene del corpo

L'Iscritto è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno;

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi;

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno.

SI | NO

Eventuali ulteriori osservazioni



4. Nutrirsi

L'iscritto è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?

SI	NO
----	----

Eventuali osservazioni

5. Continenza

L'iscritto è completamente in grado di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello permanente di igiene personale con l'impiego di ausili e indumenti specifici?

SI	NO
----	----

Eventuali osservazioni

6. Mobilità

L'iscritto è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi?

SI	NO
----	----

Eventuali osservazioni

Si precisa che le informazioni riportate nella presente Relazione saranno valutate dalla Fondazione, unitamente alla documentazione medica fornita a supporto delle stesse, ai fini dell'eventuale riconoscimento delle prestazioni LTC e saranno trattate per le finalità e secondo le modalità descritte nell'informativa sul trattamento dei dati personali resa dalla Fondazione all'interessato".

Luogo e data _____

Il Medico (firma e timbro)

.....