

CODICE AUSL n. ____ Distretto ____

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'ASSISTITO

[FAR: Circolare regionale n. 3/2010 - DM 17-12-2008]

TABELLA C

STRUTTURA: Denominazione _____

Indirizzo _____

Comune _____ Codice struttura : _____¹

TIPO VALUTAZIONE

[1] Valutazione all'ammissione [2] Valutazione periodica [3] Valutazione straordinaria

Cognome : _____ Nome : _____ Genere: [1] M [2] F

Cittadinanza _____ Comune di nascita : _____ Provincia : _____

Data di nascita : ____ / ____ / ____ Codice fiscale (CF) _____

Ingresso in struttura: data ____ / ____ / ____

N.B : la presente scheda BINA-FAR contiene le informazioni previste nella tabella C del tracciato record definito con la circolare regionale nr. 3/2010 (flusso informativo FAR)

B I N A- FAR

Breve Indice di Non Autosufficienza

[FAR: Circolare regionale n. 3/2010 - DM 17-12-2008]

Indicatori di fragilità

1) MEDICAZIONI

1.1	non necessarie	10
1.2	per ulcerazioni e distrofie cutanee	30
1.3	per catetere a permanenza o stomia	40
1.4	per ulcere da decubito	100 ____

2) NECESSITA' DI PRESTAZIONI SANITARIE

2.1	buona salute	10
2.2	necessità di prestazioni sanitarie (non continuative)	20
2.3	necessità di prestazioni sanitarie esterne (terapia radiante, consulenza specialistica)	40
2.4	necessità di prestazioni sanitarie continuative :	
2.4.1	[] A) anziani con patologie croniche in labile compenso con elevata necessità di tutela sanitaria : (come ad esempio: cure mediche e/o infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e. v. , etc.)	
2.4.2	[] B) trattamenti specialistici: [1] alimentazione parenterale o idratazione mediante catetere venoso centrale (CVC); alimentazione parenterale o idratazione per periodi superiori a 15 giorni mediante catetere venoso periferico (CVP); [2] SNG/PEG; [3] tracheostomia; [4] respiratore/ventilazione assistita; [5] ossigenoterapia ad intervalli definiti o continuativi, non in acuzie; [6] dialisi; [7] trasfusioni eseguite in struttura; [8] controllo dolore per via parenterale o sottocutanea tramite infusori elastomerici o pompe [9] Altri trattamenti specialistici	
		100 ____

3) CONTROLLO SFINTERICO

3.1	presente	10
3.2	incontinenza urinaria o fecale episodica	30
3.3	incontinenza urinaria o fecale permanente	70
3.4	incontinenza totale (vescicale ed anale)	100 ____

4) DISTURBI COGNITIVE E/O COMPORTAMENTALI

4.1	assenti	10
4.2	disturbi dell'umore (aspetto triste, melanconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci); disturbi cognitivi lievi (o comportamentali lievi)	50
4.3	disturbi cognitivi (non riesce a gestire i propri compiti le proprie necessità ma NON presenta gravi e costanti BPSD disturbi comportamentali)	80
4.4	frequente / costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (agitato, irrequieto, pericoloso per sé e per gli altri)	100__

5) FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE

5.1	comprende e si esprime normalmente	10
5.2	linguaggio menomato ma esprime comunque il suo pensiero	30
5.3	comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il proprio pensiero	70
5.4	non comprende, non si esprime	100__

6) DEFICIT SENSORIALI (si consideri prevalentemente udito e vista)

6.1	normale	10
6.2	deficit correggibile con l'aiuto protesi e/o occhiali	20
6.3	grave deficit non correggibile	80
6.4	cecità e/o sordità completa	100 __

7) MOBILITA' (libertà di movimento)

7.1	cammina autonomamente senza aiuto	10
7.2	cammina con ausili e con aiuto programmato (o saltuario)	30
7.3	si sposta solo con l'aiuto di altre persone e con sedia a ruote	80
7.4	totalmente dipendente dagli operatori per le alzate e la mobilitazione	100 __

8) ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

(igiene personale, abbigliamento, alimentazione)

8.1	totalmente indipendente	10
8.2	aiuto programmato (o saltuario)	20
8.3	aiuto quotidiano necessario ma parziale	50
8.4	totalmente dipendente	100 __

9) ATTIVITA' OCCUPAZIONALI E IMPIEGO DEL TEMPO

9.1	entra ed esce liberamente dalla residenza	10
9.2	è motivato a svolgere attività costruttive solo all'interno della residenza	30
9.3	è in grado di svolgere attività all'interno della residenza con lo stimolo e la supervisione degli operatori	60
9.4	non svolge alcuna attività : 9.4.1 [] non è in grado di svolgere 9.4.2 [] si rifiuta di svolgere	100 ____

10) STATO DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE (valutazione della disponibilità relazionale, affettiva ed assistenziale della rete familiare e sociale)

10.1	mantiene buoni e regolare rapporti con la famiglia	10
10.2	non ha buoni e regolari rapporti con la famiglia ma solo con parenti e amici	30
10.3	parenti, amici, volontari sono disponibili solo al bisogno (problemi sanitari, pratiche burocratiche, difficoltà economiche, disagi esistenziali)	70
10.4	l'anziano può contare solo sull'aiuto istituzionale (rete formale)	100 ____

PUNTEGGIO TOTALE RIPORTATO NELLA VALUTAZIONE : _____

Data valutazione: ____/____/____

Equipe assistenziale:

Area	Nome e Cognome	Qualifica	Ruolo	Firma
Area medica				
Area infermieristica				
Area assistenziale				

NOTE

1 Nel campo "Codice Regionale" indicare il codice a sei cifre presente nell'anagrafe regionale delle strutture (SXXXXX)