

Cognome _____ Nome _____

Residenza _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

Figura di riferimento _____ Telefono _____

**VALUTAZIONE
DEL GRADO
DI
AUTO-
SUFFICIENZA**

**Attestazione
del Medico
Curante**

*(scheda 1 Del.C.R.
214/91)*

*Telefono di reperibilità del
Medico curante*

1. EVENTI MORBOSI PREGRESSI

2. PATOLOGIE IN ATTO

3. TERAPIE IN ATTO

Nessuna Fisica Dietetica

Farmacologica (specificare)

4. STATO NUTRIZIONALE

Normale Eccessivo Carente

5. DEFICIT DI VISTA

No Si Corretto Non corretto

6. DEFICIT DI UDITO

No Si Corretto Non corretto

7. MOBILITÀ

Normale Cammina con aiuto Costretto in sedia Costretto a letto

8. INCONTINENZA

No Si (Urine) Si (Feci)

9. PROBLEMI APERTI

Nessuno Sanitari Familiari Assistenziali

specificare _____

Eventuali altre annotazioni _____

data

Il Medico curante timbro e firma



Comune di Firenze