

<b>MODULO 3</b>	<b>VALUTAZIONE LIVELLI ASSISTENZIALI</b>	Cod. ROG26/1.1 Rev.02 del 30.06.2025
-----------------	--	---

<b>PAZIENTE:</b> _____	<b>ANNO</b> _____	<b>N° prog.</b> _____
------------------------	-------------------	-----------------------

<b>CAPACITA' DI MOVIMENTO</b> (punteggio massimo 40)	<b>IGIENE PERSONALE</b> (punteggio massimo 40)
Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore) (ADL D-1) <input type="checkbox"/> 0	Autonomo nella cura di sé e nell'igiene personale (ADL A-1; B-1; C-1) <input type="checkbox"/> 0
Compie questi movimenti se aiutato (ADL D-0) <input type="checkbox"/> 20	Difficoltà per raggiungere i servizi igienici, per effettuare autonomamente l'igiene personale e per l'abbigliamento (ADL A-1; B-1; C-0) <input type="checkbox"/> 20
Allettato non esce dal letto – necessita di mobilizzazione (ADL D-0) <input type="checkbox"/> 40	Dipendenza completa nella cura di sé, nell'igiene personale, abbigliamento quotidiano (ADL A-0; B-0; C-0) <input type="checkbox"/> 40
<b>INTEGRITA' CUTANEA</b> (punteggio massimo 40)	<b>ALIMENTAZIONE</b> (punteggio massimo 80)
Cute integra <input type="checkbox"/> 0	Si alimenta da solo senza assistenza (ADL F-1) <input type="checkbox"/> 0
Rischio di compromissione dell'integrità cutanea *(Braden punteggio ____ score <13) <input type="checkbox"/> 10	Difficoltà lieve nella deglutizione/aiuto e supervisione <input type="checkbox"/> 10
Lesione da pressione 1°/2° stadio Ferita chirurgica; ferita vascolare <input type="checkbox"/> 20	Difficoltà grave nella deglutizione (disfagia) <input type="checkbox"/> 20
Compromissione dell'integrità cutanea: Lesione da pressione 3°/4° stadio <input type="checkbox"/> 40	Deve essere imboccato (ADL F-0) <input type="checkbox"/> 20
Deiscenza della ferita chirurgica	Enterale totale <input type="checkbox"/> 30
	Parentale totale (NPT) <input type="checkbox"/> 80
<b>STATO COGNITIVO/COMUNICAZIONE</b> (punteggio massimo 60)	<b>ELIMINAZIONE URINARIA</b> (punteggio massimo 40)
Comprende e risponde correttamente *(S.P.M.S.Q. punteggio ____ range ____ ) <input type="checkbox"/> 0	Controllo completo (ADL E-1) <input type="checkbox"/> 0
Comprende ma non può comunicare correttamente <input type="checkbox"/> 20	Portatore di Catetere <input type="checkbox"/> 30
Non comprende e non risponde correttamente *(S.P.M.S.Q. punteggio ____ range ____ ) <input type="checkbox"/> 40	Incontinenza Urinaria occasionale (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 20
<b>B.P.S.D.</b> (Behavioral Psychological Symptoms Dementia)	Stomia Urinaria <input type="checkbox"/> 30
<input type="checkbox"/> Sintomi affettivi, depressione, ansia, irritabilità	Incontinenza completa (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 40
<input type="checkbox"/> Sintomi psicotici, deliri, allucinazioni	Cateterismo estemporaneo
<input type="checkbox"/> Disturbi della condotta, sonno, alimentazione, sessualità	
<b>STATO DI COSCIENZA</b> (punteggio massimo 40)	<b>ELIMINAZIONE INTESTINALE</b> (punteggio massimo 40)
Cosciente <input type="checkbox"/> 0	Controlla autonomamente l'eliminazione fecale (ADL E-1) <input type="checkbox"/> 0
Stato vegetativo <input type="checkbox"/> 30	Evacuazione indotta farmacologicamente <input type="checkbox"/> 20
Stato di minima coscienza <input type="checkbox"/> 40	Stomia intestinale <input type="checkbox"/> 30
	Incontinenza completa (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 40
<b>FUNZIONI SENSORIALI</b> (punteggio massimo 40)	<b>RITMO SONNO-VEGLIA</b> (punteggio massimo 40)
Normali (non valutare stato di coma o stato vegetativo) <input type="checkbox"/> 0	Dorme tutta la notte <input type="checkbox"/> 0
Deficit uditivo grave permanente (non correggibile) <input type="checkbox"/> 20	Insonnia (supporto emotivo) <input type="checkbox"/> 20
Deficit visivo grave permanente (non correggibile) <input type="checkbox"/> 40	Alterazione del ritmo sonno/veglia Stato confusionale notturno (farmaco-resistenza) <input type="checkbox"/> 40
<b>FUNZIONI RESPIRATORIE</b> (punteggio massimo 100)	<b>PROBLEMATICHE TERAPEUTICHE</b> (punteggio massimo 40)
Autonoma <input type="checkbox"/> 0	Nessuna problematica <input type="checkbox"/> 0
Necessità di aspirazione <input type="checkbox"/> 40	Ossigeno terapia <input type="checkbox"/> 40
Tracheostomia <input type="checkbox"/> 60	Terapia del dolore scala *NSR ≥ 1 <input type="checkbox"/> 40
Ventilazione assistita <input type="checkbox"/> 100	Dialisi Peritoneale <input type="checkbox"/> 40

\*) Devono essere trascritti nella presente scheda i punteggi dalla compilazione delle scale di Braden, S.P.M.S.Q., NRS.

 PUNTEGGIO TOTALE 
**Compatibilità Livelli Assistenziali/Tipologia Struttura**

Punteggio 0 - 150	<input type="checkbox"/> CASA DI RIPOSO
Punteggio 151 - 300	<input type="checkbox"/> RESIDENZA PROTETTA (R3)

 DATA \_\_\_\_\_ ☐ M. M.G. ☐ Infermiere FIRMA \_\_\_\_\_

NOTA: numerare progressivamente ogni modulo e archiviare i moduli cronologicamente in un unico plico per ogni singolo anno.