

**SCHEMA DI VALUTAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

1. **ASSENTE :** nessuna compromissione di organo/sistema  
 2. **LIEVE:** la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)  
 3. **MODERATO:** la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività. Il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, diabete, fratture)  
 4. **GRAVE:** la compromissione d'organo/sistema produce disabilità. Il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)  
 5. **MOLTO GRAVE:** la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza. Il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia)

1	<b>Patologie cardiache - solo cuore</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
2	<b>Iperensione - si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
3	<b>Patologie vascolari - sangue, vasi, midollo, sistema linfatico</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
4	<b>Patologie respiratorie - polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
5	<b>O.O.N.G.L. - occhio, orecchio, naso, gola, laringe</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
6	<b>Apparato G.I. superiore - esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
7	<b>Apparato G.I. inferiore - intestino, ernie</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
8	<b>Patologie epatiche - solo fegato</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
9	<b>Patologie renali - solo rene</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
10	<b>Altre patologie genito-urinarie - ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
11	<b>Sistema muscolo scheletrico - cute - muscoli, scheletro, tegumenti</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
12	<b>Patologie sistema nervoso centrale e periferico - non include la demenza</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
13	<b>Patologie endocrine - metaboliche - include diabete, infezioni, stati tossici</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
14	<b>Patologie psichiatriche - comportamentali - demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi</b> Diagnosi _____	1	2	3	4	5

**TERAPIE SIGNIFICATIVE IN ATTO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ULTERIORI ELEMENTI DI INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO:**

Neoplasia maligna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
AIDS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Malattia progressiva S.N.C.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Accidenti cerebrali	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> recenti <input type="checkbox"/> pregressi
<u>Esiti:</u>	<input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> disfasia <input type="checkbox"/> emi <input type="checkbox"/> para <input type="checkbox"/> tetra	<input type="checkbox"/> paresi <input type="checkbox"/> plegia
Trauma/intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> fratture femore <input type="checkbox"/> altre fratture <input type="checkbox"/> protesi anca <input type="checkbox"/> interventi chirurgici <input type="checkbox"/> altro
Lesioni da decubito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dipendenza	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> stupefacenti <input type="checkbox"/> altro

**VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA:**

FUNZIONE	INDIPENDENTE	CON AIUTO	DIPENDENTE
CAMMINARE IN PIANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALIRE E SCENDERE LE SCALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPOSTARSI DALLA SEDIA AL LETTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEDERSI ED ALZARSI DAL WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROLLO DELLA MINZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANGIARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIRSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE PERSONALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FARE IL BAGNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ASPETTI PSICOSENSORIALI</b>	<b>INTEGRA</b>	<b>LIMITATA</b>	<b>ASSENTE</b>
CAPACITA' DI AUTOGOVERNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPACITA' DI COMUNICARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UDITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>ASSENTI</b>	<b>LIEVI</b>	<b>GRAVI</b>
DISTURBI DI COMPORTAMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BREVE VALUTAZIONE SANITARIA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

timbro e firma del medico \_\_\_\_\_