

VALUTAZIONE FUNZIONALE E MENTALE

Igiene:	<input type="checkbox"/> autonomia	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> dipendente	
Abbigliamento:	<input type="checkbox"/> autonomia	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> dipendente	
Deambulazione:	<input type="checkbox"/> autonomia	<input type="checkbox"/> protesi	<input type="checkbox"/> carrozzina	
Incontinenza:	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> urinaria	<input type="checkbox"/> doppia	<input type="checkbox"/> catetere
Alimentazione:	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> dipendente	
Vista:	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> diminuita	<input type="checkbox"/> occhiali	<input type="checkbox"/> cecità
Udito:	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> diminuito	<input type="checkbox"/> protesi	<input type="checkbox"/> sordità
Piaghe da decubito:	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> superficiali	<input type="checkbox"/> profonde	<input type="checkbox"/> pregresse

Condizioni psichiche:

Disorientamento:	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> tempo	<input type="checkbox"/> spazio	<input type="checkbox"/> tempo e spazio
Memoria:	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> deteriorata		
Linguaggio:	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> alterato		
Comportamento:	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> agitazione	<input type="checkbox"/> aggressività	
Reattività emotiva:	<input type="checkbox"/> ansia	<input type="checkbox"/> depressione	<input type="checkbox"/> indifferenza	

Eventuali altre notizie utili:

.....

.....

.....

Firma e/o timbro
del medico curante

Data