

ALLEGATO2

Q-VAD: Questionario per la Valutazione delle condizioni di vita delle persone Adulte con Disabilità che usufruiscono dei servizi socio-sanitari semiresidenziali e residenziali come da Decreto n.1050/SPS del 03/08/2017

Utente

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita

__ / __ / ____

Dati compilatore/i

N.	Nome	Cognome	Mansione
1			
2			
3			
4			

Modalità di valutazione

Eterovalutazione

Autovalutazione (specificare quali sezioni)

Sostegni al funzionamento

Qualità di vita

Opportunità

UdO – Distretto – EG relativi all'utente

1– Unità d'Offerta presso la quale l'utente è ospite _____

2– Ente gestore di riferimento per l'Unità d'Offerta

Comune di Trieste CISI CAMPP ex AAS 3 ex ASUIUD ASFO

3– Distretto Sanitario

ASUGI	<input type="checkbox"/> 1.1 Via Stock	<input type="checkbox"/> 1.2 Via della Pietà	<input type="checkbox"/> 1.3 Valmaura	<input type="checkbox"/> 1.4 San Giovanni
	<input type="checkbox"/> 2.1 Alto Isontino	<input type="checkbox"/> 2.2 Basso Isontino	<input type="checkbox"/> 2.3 Cervignano del Friuli	<input type="checkbox"/> 2.4 Latisana
ASUFC	<input type="checkbox"/> 3.1 Gemona del Friuli	<input type="checkbox"/> 3.2 Tolmezzo	<input type="checkbox"/> 3.3 San Daniele del F.	<input type="checkbox"/> 3.4 Codroipo
	<input type="checkbox"/> 4.2 Tarcento	<input type="checkbox"/> 4.3 Cividale del Friuli	<input type="checkbox"/> 4.5 Udine	
ASFO	<input type="checkbox"/> 5.1 San Vito al Tagliamento EST	<input type="checkbox"/> 5.2 Maniago NORD	<input type="checkbox"/> 5.3 Sacile OVEST	<input type="checkbox"/> 5.4 Azzano Decimo SUD <input type="checkbox"/> 5.5 Pordenone URBANO

Note

1. Informazioni preliminari

4- Titolo di studio

Nessuno Elementare Medie inferiori Medie superiori Laurea

5- Presenza attestati di frequenza

Sì No Se sì, specificare _____

6 - Città di residenza _____

7- Il domicilio coincide con la residenza?

Sì No Se no, specificare _____

8 - Medico curante (*nome e cognome*) _____

9- Numero dei componenti del nucleo familiare e/o rete informale

1 - Titolare senza nucleo 2 3 4 5 6 7

10 - Legame del componente n. 2

convivente moglie/marito madre padre fratello/sorella
 zio/a cugino/a nipote nonno/nonna altro _____

10.01 - Convivente con l'utente Sì No

10.02 - Anno di nascita del componente 2 _ _ _ _

11 - Legame del componente n. 3

convivente moglie/marito madre padre fratello/sorella
 zio/a cugino/a nipote nonno/nonna altro _____

11.01 - Convivente con l'utente Sì No

11.02 - Anno di nascita del componente 3 _ _ _ _

12 - Legame del componente n. 4

convivente moglie/marito madre padre fratello/sorella
 zio/a cugino/a nipote nonno/nonna altro _____

12.01 - Convivente con l'utente Sì No

12.02 - Anno di nascita del componente 4 _ _ _ _

13 - Legame del componente n. 5

convivente moglie/marito madre padre fratello/sorella
 zio/a cugino/a nipote nonno/nonna altro _____

13.01 - Convivente con l'utente Sì No

13.02 - Anno di nascita del componente 5 _ _ _ _

14 - Legame del componente n. 6

- convivente moglie/marito madre padre fratello/sorella
 zio/a cugino/a nipote nonno/nonna altro_____

14.01 - Convivente con l'utente

Sì

No

14.02 - Anno di nascita del componente 6 _ _ _ _

15 – Legame del componente n. 7

- convivente moglie/marito madre padre fratello/sorella
 zio/a cugino/a nipote nonno/nonna altro_____

15.01 - Convivente con l'utente

Sì

No

15.02 - Anno di nascita del componente 7 _ _ _ _

16– Attuale adeguatezza del nucleo familiare e/o rete informale nel rispondere ai bisogni della persona

0 – nulla 1 2 3 4 5 - massima

17– Probabilità del nucleo familiare e/o rete informale di mantenere l'attuale adeguatezza nel rispondere ai bisogni della persona

0 – nulla 1 2 3 4 5 – massima

18– Presenza di misure di tutela o di protezione.

Sì

No

Se sì, con che ruolo?

Curatore

Tutore / soggetto esercente la responsabilità genitoriale diverso dal genitore

Amministratore di Sostegno

Se sì, legame

convivente/coniuge

madre

padre

fratello/sorella

altro_____

19– Presenza dell'Invalidità civile, come da verbale modello ASAN

Sì

No

Se sì, diagnosi_____

Se sì, data di accertamento __/__/____ % invalidità _____

Se sì, indennità di accompagnamento Sì No

20– Certificazione di handicap – legge 104/92, esito dell'accertamento

Sì

No

Non richiesto

Se sì, data di accertamento __/__/____

20.01- Riconoscimento di gravità ai sensi dell'art.3 co.3

Sì

No

21– Valutazione della Commissione di accertamento disabilità legge 68/99

Sì

No

Se sì, data __/__/____

Se sì, esito

Non collocabile

Collocabile – con interventi di supporto

Collocabile – senza interventi di supporto

22– Presa in carico al SIL

Non è mai stato in carico E' stato in carico in passato E' attualmente in carico

23 – Ausili & Protesi , sintesi dai criteri di valutazione del “Modello Centri Ausili GLIC 2016”

Sì No

24– Ausili per trattamenti sanitari personali Sì No

- 04 26 per terapia cognitiva
- 04 36 per la rieducazione percettiva
- 04 48 per rieducazione movimento, forza, equilibrio

25– Ausili per l'esercizio di abilità Sì No

- 05 03 per terapia/esercizio di comunicazione
- 05 06 per l'esercizio di comunicazione aumentativa
- 05 09 per l'addestramento della continenza
- 05 12 per l'esercizio delle abilità cognitive
- 05 15 per l'esercizio delle abilità di base
- 05 30 per addestramento uso di dispositivi di comando
- 05 33 per addestramento ad attività di vita quotidiana

26– Ortesi e protesi Sì No

- 06 30 protesi non di arto

27– Ausili per la cura e la protezione personale Sì No

- 09 03 vestiti e calzature
- 09 09 per vestirsi e svestirsi
- 09 12 per l'evacuazione
- 09 24 convogliatori urinari
- 09 27 raccoglitori di urina
- 09 33 per lavarsi, fare il bagno e la doccia
- 09 36 per la cura delle mani e dei piedi
- 09 39 per la cura dei capelli
- 09 42 per la cura dei denti
- 09 45 per la cura del viso e della pelle
- 09 48 per la misurazione della temperatura corporea
- 09 51 orologi
- 05 54 per le funzioni sessuali

28– Ausili per la mobilità personale Sì No

- 12 03 per deambulazione, usati con 1 braccio
- 12 06 per deambulazione, usati con 2 braccia
- 12 11 veicoli per trasporto pubblico
- 12 12 accessori e adattamenti di veicoli
- 12 16 ciclomotori e motocicli
- 12 17 veicoli a motore alternativi
- 12 18 cicli

- 12 22 carrozzine manuali

12 22 01 Livello di autonomia

- a) Sono indipendente
- b) Ho bisogno di qualche aiuto
- c) Ho bisogno di aiuto costante

12 23 carrozzine motorizzate

12 23 01 Livello di autonomia

- a) Sono indipendente
- b) Ho bisogno di qualche aiuto
- c) Ho bisogno di aiuto costante

12 24 accessori per carrozzine

12 31 per trasferimento e rotazione

12 36 per sollevamento

12 39 per l'orientamento

29– Ausili per la cura della casa

Sì No

15 03 per preparazione di cibi e bevande

15 06 per lavare stoviglie

15 09 per mangiare e bere

15 12 per la pulizia domestica

30– Mobilia e adattamenti per la casa o altri ambienti

Sì No

18 03 tavoli

18 06 apparecchi per l'illuminazione

18 09 per la posizione seduta

18 10 accessori ausili per la posizione seduta

18 12 letti

18 15 per regolare l'altezza dei mobili

18 18 corrimani e sistemi di sostegno

18 21 per aprire/chiedere porte o finestre

18 30 per il superamento di barriere verticali

18 33 dispositivi di sicurezza per l'abitazione

18 36 mobilia per riporre oggetti

31– Ausili per la comunicazione e l'informazione

Sì No

22 03 per vedere

22 06 per l'udito

22 09 per la produzione verbale

22 12 per il disegno e la scrittura

22 15 per eseguire calcoli

22 18 per gestire informazioni audio e video

22 21 per la comunicazione interpersonale

22 24 per telefonare e inviare messaggi telematici

22 27 per indicazioni, segnalazioni, promemoria, allarmi

22 30 per leggere

22 33 computer e terminali

22 36 dispositivi di ingresso per computer

22 39 dispositivi di uscita per computer

Tecnologia & Social

32– Utilizzi il telefono ?

Sì No

Se sì, quale

- Telefono fisso
- Telefono cellulare
- Smartphone

Se sì, quale autonomia

- a) Sono indipendente
- b) Ho bisogno di qualche aiuto
- c) Lo uso solo per ricevere

33– Possiedi/ Usi liberamente un PC ?

Sì No

34– Navighi su internet ?

Sì No

35– Sei iscritto a un social network (Facebook, Instagram, LinkedIn, Twitter, Youtube, Pinterest, ecc) ?

Sì No

36– Utilizzi chat e altri applicativi di comunicazione (Whatsapp, TikTok, WeChat, Telegram, Snapchat, Viber, ecc) ?

Sì No

Mezzi di trasporto

37– Utilizzi i mezzi di trasporto ?

Sì No

Se sì, mezzi utilizzati

- Bicicletta
- Auto
- Treno
- Motorino/Scooter
- Corriera/Autobus
- Taxi

Se sì, quale autonomia

- a) Sono indipendente
- b) Ho bisogno di qualche aiuto
- c) Ho bisogno di aiuto costante

Relazione & Tempo libero

38– Nel corso della tua giornata esci per fare le cose che desideri ?

Sì No

Se sì, quante volte nell'ultimo mese? _____

39– Hai degli amici che non siano compagni del centro diurno o della comunità residenziale?

Sì No

Se sì, esci con loro ?

Sì No

Se sì, quante volte nell'ultimo mese _____

40– Quali sono le attività del tempo libero che svolgi?

- Cinema
- Festival
- Eventi sportivi
- Teatro
- Concerti
- Mangiare fuori
- Mostre
- Partecipazione ad attività associative
- Altro _____

Note Informazioni preliminari

2. Sostegni al funzionamento

Pensando alla tua vita negli ultimi 6 mesi prova ora a rispondere alle seguenti domande indicando per le diverse attività la risposta che più ti descrive.

Scegli l'opzione più rappresentativa considerando i diversi ambienti di vita. In caso di incertezza tra due opzioni, indica il livello di maggior sostegno.

41– Riconosci gli ambienti di vita, luoghi e percorsi per muoverti al loro interno?

- a) sì, anche in quelli nei quali sono stato solo qualche volta
- b) sì, ma in ambienti, luoghi e percorsi abituali
- c) ho spesso bisogno d'indicazioni per riconoscere ed orientarmi negli ambienti di vita
- d) no, ho bisogno di guida fisica per riconoscere ed orientarmi negli ambienti di vita
- e) no, ho bisogno di assistenza totale e il più delle volte non riconosco gli ambienti in cui mi trovo

42– Riesci a prevedere gli impegni e le attività delle tue giornate?

- a) sì, anche attività che si realizzano saltuariamente
- b) sì, solo in alcune particolari situazioni posso aver bisogno di piccoli aiuti
- c) ho bisogno d'indicazioni (verbali o visive) che mi orientino rispetto agli eventi della mia giornata
- d) ho spesso bisogno di essere guidato per orientarmi rispetto agli eventi della mia giornata
- e) ho bisogno di assistenza totale e il più delle volte non riesco a prevedere gli eventi della mia giornata

43– Quando devi svolgere un compito/attività importante della tua giornata...

- a) rimango impegnato sull'attività per tutto il tempo necessario
- b) rimango impegnato sull'attività con la supervisione di qualcuno
- c) c'è bisogno che qualcuno mi aiuti a rimanere concentrato sull'attività e che mi orienti nella sequenza corretta dei diversi passi
- d) rimango impegnato solo per un breve tratto poi serve che qualcuno la porti a termine per me
- e) il più delle volte non riesco a rimanere concentrato sull'attività ed è necessario che qualcuno faccia al posto mio

44– Quando le persone si rivolgono a te...

- a) comprendo il linguaggio verbale riferito a contenuti, esperienze ed esigenze personali (anche se ho bisogno di un po' più di tempo)
- b) comprendo brevi frasi o espressioni verbali semplici
- c) riconosco alcune parole, segni, gesti riferiti a bisogni di base o semplici comandi
- d) riconosco quando le persone cercano di comunicare con me ma non comprendo i contenuti specifici
- e) non riconosco quando le persone cercano di comunicare con me

45– Quando parli...

- a) riesco a esprimermi in modo chiaro e comprensibile
- b) riesco a esprimermi anche se non in modo fluente
- c) riesco a produrre frasi semplici, ma ho bisogno di essere aiutato per farmi capire
- d) riesco a pronunciare solo alcune parole e devo essere aiutato quasi completamente quando devo farmi capire
- e) non mi esprimo verbalmente

46– Quando hai bisogno o desiderio di esprimere qualche cosa...

- a) riesco a esprimere agli altri bisogni ed esperienze
- b) riesco a esprimere bisogni ed esperienze ma solo con certe persone
- c) riesco a esprimere solo bisogni di base (fame, sete, bagno...) o aspetti circoscritti della mia quotidianità
- d) riesco a esprimere la presenza di un bisogno, ma non sono in grado di specificarlo in modo funzionale (es. urlo, mi picchio, piango...)
- e) non riesco a esprimere bisogni

47– Quando ti trovi a interagire con altre persone...

- a) sono in grado di comprendere qual è il tipo di contesto sociale nel quale mi trovo e a utilizzare i comportamenti appropriati (es. salutare, sorridere, guardare negli occhi, attendere il turno di conversazione)
- b) riconosco diverse situazioni sociali nella quali mi trovo, ma ogni tanto c'è bisogno di qualcuno che mi ricordi il comportamento appropriato (es. salutare, sorridere, guardare negli occhi, attendere il turno di conversazione)
- c) ho bisogno di indicazioni costanti per comprendere i contesti sociali e i comportamenti da tenere
- d) spesso non comprendo il tipo di contesto sociale nel quale mi trovo e ho bisogno di aiuti costanti per regolare e controllare il mio comportamento
- e) non comprendo il contesto di relazione sociale che vivo e i comportamenti appropriati da utilizzare in tali occasioni

48– Riesci a spostarti nei tuoi ambienti di vita?

- a) mi sposto sempre da solo
- b) mi sposto da solo, ma ho bisogno di qualcuno che mi supervisioni in alcune situazioni
- c) mi sposto con la supervisione costante o l'assistenza fisica in alcuni passaggi
- d) faccio solo piccoli spostamenti e il più delle volte devo essere aiutato fisicamente
- e) devo essere aiutato completamente negli spostamenti

48.01- Se e) seleziona quale fra questi descrive meglio la tua condizione

- sono in grado di strisciare o muovermi a carponi
- mantengo solo la posizione eretta senza appoggio
- mantengo solo la posizione eretta con appoggio
- mantengo solo la posizione seduta autonomamente
- mantengo solo la posizione seduta con dei supporti
- mantengo solo il controllo del capo (sostengo o muovo la testa)

49– Quando devi lavarti...

- a) svolgo l'attività in completa autonomia
- b) svolgo l'attività da solo e ho bisogno solo di qualche indicazione o supervisione (es. trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua...)
- c) ho bisogno di indicazioni e aiuti costanti mentre svolgo l'attività (es. trasferimento, lavarsi e asciugarsi...)
- d) posso svolgere solo alcuni piccoli compiti e ho bisogno di aiuto fisico nella maggior parte dell'attività
- e) devo essere aiutato completamente

49.01-Se e), seleziona quale fra questi descrive meglio la tua condizione

- tento di lavare parti del corpo quando faccio la doccia o il bagno
- collaboro muovendomi o spostandomi su richiesta
- in talune circostanze offro una minima collaborazione
- accetto passivamente di essere lavato
- mi divincolo, mi lamento, piango o urlo quando vengo lavato

50– Quando ti prendi cura di singole parti del tuo corpo (lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi, radersi/truccarsi, tagliarsi le unghie)?

- a) svolgo da solo tutte le attività necessarie
- b) svolgo l'attività da solo, ma ho bisogno di supervisione o alcune indicazioni
- c) svolgo le attività più semplici (es. lavarsi le mani), ma ho bisogno di indicazioni e aiuti costanti in quelle più complesse (es. radersi/truccarsi)
- d) ho bisogno di aiuto fisico nella maggior parte delle attività
- e) devo essere aiutato completamente

51– Riesci a vestirti e svestirti?

- a) svolgo l'attività in completa autonomia (inclusi scarpe, corsetto, protesi,...)
- b) svolgo l'attività da solo, ho bisogno solo di qualche indicazione o supervisione per compiti e manualità fini (es. bottoni, cerniere, ganci,...)
- c) svolgo parzialmente l'attività, ho bisogno di indicazioni e aiuti costanti
- d) posso svolgere solo alcuni piccoli compiti e ho bisogno di aiuto fisico nella maggior parte dell'attività
- e) devo essere aiutato completamente

51.01-Se e), seleziona quale fra questi descrive meglio la tua condizione

- tento di togliere/indossare dei capi su richiesta
- collaboro muovendomi o spostandomi su richiesta
- in talune circostanze offro una minima collaborazione
- accetto passivamente di essere spogliato e/o vestito
- mi divincolo, mi lamento, piango o urlo quando vengo spogliato o vestito

52– Quando devi mangiare...

- a) mangio da solo servendomi correttamente delle posate (es. tagliare, spalmare, aprire barattoli, versare l'acqua,...)
- b) mangio da solo, utilizzando le posate, ma ogni tanto ho bisogno di qualche piccolo aiuto o supervisione (non è necessaria la presenza di una persona)
- c) riesco a mangiare utilizzando le posate, ma ho bisogno di indicazioni o supervisione costanti (necessaria la presenza di una persona)
- d) svolgo in parte l'attività, ma ho bisogno di essere aiutato fisicamente (es. tenere le posate in modo corretto, caricare il cibo...)
- e) devo essere aiutato completamente/sono alimentato per via artificiale

52.01-Se e), seleziona quale fra questi descrive meglio la tua condizione

- riesco a masticare e deglutire cibo solido
- riesco a deglutire cibo molle o semiliquido
- sono alimentato tramite sondini o altri supporti tecnici

53– Quando hai necessità di andare in bagno...

- a) utilizzo il wc correttamente e mi pulisco in autonomia
- b) faccio da solo, ma ho bisogno di supervisione o alcune indicazioni
- c) ho bisogno di aiuto in alcuni passaggi nell'utilizzo del wc o nei compiti di pulizia
- d) devo essere accompagnato e aiutato fisicamente nell'utilizzo del wc e nei compiti di pulizia
- e) non sono in grado di utilizzare correttamente il wc e di pulirmi in autonomia

53.01-Se e), seleziona quale fra questi descrive meglio la tua condizione

- segnalo il bisogno di andare in bagno
- non segnalo, mi accompagnano in bagno a determinati orari e l'evacuazione avviene in momenti prevedibili e con regolarità
- non segnalo, l'evacuazione è irregolare e imprevedibile

54– Quando ti prepari i pasti...

- a) svolgo da solo
- b) svolgo l'attività da solo, ma ho bisogno di qualche indicazione o supervisione
- c) ho bisogno di indicazioni e aiuti costanti mentre svolgo l'attività
- d) posso svolgere solo alcune piccole parti dell'attività, devo essere aiutato in tutto il resto
- e) c'è bisogno di qualcuno che cucini e prepari da mangiare per me

55– Per tener in ordine e puliti i tuoi spazi di vita (pulir casa, mettere a posto la stanza e tenere in ordine gli spazi personali...)

- a) svolgo da solo
- b) ho bisogno di qualche indicazione verbale o supervisione
- c) ho bisogno di indicazioni e aiuti costanti mentre svolgo l'attività
- d) posso svolgere solo alcune piccole parti dell'attività, devo essere aiutato in tutto il resto
- e) ho bisogno di qualcuno che lo faccia al posto mio

56– Quando ti sposti nel tuo paese/città...

- a) mi sposto da solo e in autonomia
- b) raggiungo i luoghi d'interesse con qualche indicazione prima di partire
- c) raggiungo diversi luoghi, ma ho bisogno di costante supervisione e indicazioni
- d) raggiungo alcuni luoghi, ma devo essere guidato fisicamente
- e) non sono in grado di raggiungere alcun luogo

57– Quando devi fare degli acquisti...

- a) svolgo l'attività in completa autonomia (es. scelta del negozio, del prodotto e pagamento)
- b) svolgo l'attività da solo, ma ho bisogno di qualche indicazione o supervisione (es. per abbinare il prezzo all'oggetto, contare il resto)
- c) ho bisogno di indicazioni e aiuti costanti mentre svolgo l'attività
- d) posso svolgere o collaborare solo in piccole parti dell'attività, ma devo essere aiutato in tutto il resto
- e) ho bisogno di qualcuno che faccia gli acquisti per me

58– Quando partecipi ad attività sociali (momenti ricreativi, aggregativi, feste...) nel tuo paese/città...

- a) partecipo all'attività in completa autonomia
- b) partecipo all'attività, ma ho bisogno di qualche indicazione o supervisione
- c) ho bisogno di indicazioni costanti da parte di qualcuno
- d) in diversi momenti nello svolgimento dell'attività c'è bisogno che qualcuno intervenga al posto mio o in mio aiuto
- e) c'è bisogno di qualcuno che intervenga al posto mio o in mio aiuto per la maggior parte del tempo

Note Sostegni al funzionamento

Altre funzioni di base

59– Manipolazione

- a) utilizzo la pinza pollice indice
- b) afferramento palmare spontaneo
- c) manipolazione assente, oppure reazione di afferramento

60– Prassie

- a) disegno o pilota una carrozzina elettrica
- b) realizzo prodotti plastici o grafici (incastro, connetto, plasmato e coloro) oppure pilota una carrozzina manualmente
- c) nessuna prassia, oppure movimenti afinalistici e stereotipati

61– Quando devi compiere un trasferimento (es. letto, carrozzina, poltrona, sedia, in piedi)...

- a) sono autonomo in tutte le fasi
- b) sono autonomo in tutte le fasi, ma ho bisogno di supervisione per maggiore sicurezza
- c) sono capace di trasferirmi, ma ho bisogno di assistenza minima per alcuni aspetti
- d) ho bisogno dell'aiuto fisico di una persona
- e) ho bisogno dell'aiuto fisico di due persone/ completamente incapace di svolgere l'attività

62– Quando fai le scale...

- a) sono capace di salire e scendere in modo autonomo
- b) sono capace di salire e scendere con una buona autonomia, ma occasionalmente ho bisogno di supervisione per maggiore sicurezza (es. spasticità, dispnea, rischio cadute,...)
- c) sono capace di fare le scale, ma ho bisogno di supervisione costante e assistenza (es. per trasportare e gestire gli ausili,...)
- d) riesco a fare le scale solo con l'aiuto fisico di altre persone
- e) non sono in grado di salire e scendere le scale neppure con l'aiuto fisico di terzi

63– Quando devi ricordarti qualcosa...

- a) mi ricordo tutto, oppure ho una smemoratezza occasionale ed irrilevante
- b) ho una lieve smemoratezza permanente, rievoco in maniera parziale gli eventi
- c) ho una perdita di memoria moderata e più rilevante per eventi recenti, questo interferisce con alcune attività che svolgo quotidianamente
- d) faccio molta fatica a ricordare e se imparo qualcosa di nuovo tendo a dimenticarlo molto rapidamente
- e) non riesco a ricordare nulla o quasi

64– Quando mi trovo a dover risolvere problemi e a esprimere giudizi...

- a) risolvo bene i problemi quotidiani e gestisco bene gli affari e le finanze; il mio giudizio sociale è adeguato e simile rispetto a quello che avevo in passato
- b) ho qualche lieve difficoltà a risolvere problemi, a fare analogie a trovare differenze
- c) ho una difficoltà moderata a risolvere problemi, a fare analogie a trovare differenze; mentre il mio giudizio sociale è di solito conservato
- d) ho una difficoltà severa a risolvere problemi, a fare analogie a trovare differenze; il mio giudizio sociale è compromesso
- e) sono incapace di risolvere problemi e di dare giudizi adeguati

Note altre funzioni di base

3. Qualità della vita

Pensando alla tua vita negli ultimi 6 mesi prova ora a rispondere alle seguenti domande.

Si attribuiscono dei punteggi utilizzando la scala di Likert tra 1 e 5 dove 1 corrisponde a "Per nulla", mentre 5 sul polo opposto corrisponde a "Tantissimo".

Item Qualità della vita		Per nulla (1)	(2)	(3)	(4)	Tanti ssimo (5)
1	Ti senti energico e vitale?	<input type="checkbox"/>				
2	Ti riposi e ti rilassi adeguatamente?	<input type="checkbox"/>				
3	Ti senti a tuo agio nei posti in cui vivi?	<input type="checkbox"/>				
4	Ci sono cose (persone, attività, eventi) che ti rendono felice?	<input type="checkbox"/>				
5	Sei soddisfatto delle cose che fai e di come spendi il tempo nella tua giornata?	<input type="checkbox"/>				
6	Sei soddisfatto degli oggetti personali o beni che possiedi e di come puoi disporne?	<input type="checkbox"/>				
7	Gli ambienti di vita che vivi quotidianamente ti consentono di rimanere da solo (quando ne hai bisogno) o tutelare la tua privacy?	<input type="checkbox"/>				
8	I tuoi ambienti di vita sono adeguati alle tue necessità, bisogni e preferenze?	<input type="checkbox"/>				
9	Ti relazioni con le persone che vivono nel tuo vicinato/territorio (anche in caso di persona inserita in servizio residenziale)?	<input type="checkbox"/>				
10	I servizi, le opportunità o i luoghi ricreativi presenti nel tuo vicinato/territorio (es. negozi, bar, chiesa, parrocchia, teatro, cinema...) soddisfano i tuoi bisogni, interessi, desideri?	<input type="checkbox"/>				
11	Svolgi/partecipi ad attività significative nel tuo vicinato/territorio in cui vivi (es. attività ricreative, sportive, volontariato...)?	<input type="checkbox"/>				
12	Ti senti soddisfatto del rapporto che hai con la tua famiglia o con le figure di riferimento esterne al contesto di assistenza?	<input type="checkbox"/>				
13	Hai degli amici con i quali riesci a mantenere dei rapporti costanti (esclusi familiari, personale e volontari delle strutture)?	<input type="checkbox"/>				
14	Hai la possibilità di svolgere attività sociali per te gratificanti (es. uscire, andare alle feste...)?	<input type="checkbox"/>				
15	Hai la possibilità di mettere in pratica quello che sai fare nella tua vita (es. uscire da solo, usare mezzi, usare il pc, fare un lavoro/attività...)?	<input type="checkbox"/>				
16	Hai appreso delle nuove abilità o conoscenze (abilità di autonomia, corsi di formazione...)?	<input type="checkbox"/>				
17	Hai avuto la possibilità di accedere a nuovi ruoli o nuove opportunità di vita (es. formazione, lavoro, abitare)?	<input type="checkbox"/>				
18	Hai la possibilità di esprimere a qualcuno le tue preferenze e i tuoi desideri?	<input type="checkbox"/>				
19	Nel corso della tua giornata hai la possibilità di fare delle scelte relative alle tue attività (es. cosa mangiare, cosa indossare, cosa fare)?	<input type="checkbox"/>				
20	Hai la possibilità di decidere con chi stare, chi incontrare, chi frequentare, con chi svolgere certe attività?	<input type="checkbox"/>				

Note Qualità della vita

4. Opportunità

Sempre in riferimento agli ultimi 6 mesi prova ora a pensare se hai mai avuto l'opportunità di...

Si attribuiscono dei punteggi utilizzando la scala di Likert compresa tra 1 e 5 dove:

- 1 corrisponde a "mai",
- 2 corrisponde a "meno di una volta al mese",
- 3 corrisponde a "almeno una volta al mese, ma non tutte le settimane",
- 4 corrisponde a "almeno una volta alla settimana",
- 5 corrisponde a "tutti i giorni o quasi tutti i giorni".

Rispondi esclusivamente in riferimento alla frequenza dell'opportunità indipendentemente dall'abilità posseduta e dagli eventuali aiuti ricevuti. Inoltre indica se hai effettivamente fruito dell'opportunità medesima.

Item Opportunità	mai	Meno di una volta al mese	almeno una volta al mese, ma non tutte le settimane	almeno una volta alla settimana	tutti i giorni o quasi tutti i giorni	Hai fruito di tale opportunità? (Rispondere solo se è stata fornita una risposta diversa da "MAI")		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	No	In parte	Sì
1 Svolgere attività di cura della tua persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Svolgere attività di cura degli ambienti di vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Utilizzare elettrodomestici o tecnologie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Spostarti nel territorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Fare uso dei servizi della comunità (es. negozi, uffici, cinema, palestre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Partecipare ad attività significative della comunità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Apprendere abilità per la gestione autonoma della propria persona attraverso interventi/training mirati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Apprendere abilità cognitive, scolastiche, tecnologiche (telefono, pc...) attraverso interventi/training mirati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Essere impegnato in ruoli, compiti e attività utili per le persone con le quali vivi, che vivono vicino a te o che frequentano il tuo contesto di vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Essere impegnato in attività e compiti riferibili ad un incarico a valenza lavorativa (anche non retribuiti)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Ricercare o svolgere un lavoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Apprendere abilità per l'autonomia esterna attraverso interventi/training mirati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Socializzare/incontrare le persone per te importanti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Partecipare ad attività ricreative o socializzanti significative per la persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note Opportunità

5. Disturbi del comportamento

Pensando alla tua vita negli ultimi 6 mesi prova ora a rispondere alle seguenti domande indicando per le diverse attività la risposta che più ti descrive.

Scegli l'opzione più rappresentativa considerando i diversi ambienti di vita. In caso di incertezza tra due opzioni, indica il livello di maggiore intensità.

65– Aggressività eterodiretta

- a) nessun comportamento diretto verso gli altri durante il periodo considerato
- b) occasionale irritazione e qualche aggressione verbale
- c) frequenti aggressioni verbali e occasionali forme di gestualità aggressive
- d) insorgenza di aggressione fisica con conseguenti minime lesioni e rischi per gli altri che richiedono un attento monitoraggio per la prevenzione
- e) insorgenza di aggressione fisica con conseguenti lesioni e rischi importanti per gli altri che richiedono un attento monitoraggio

Descrizione _____

66– Aggressività autodiretta e autolesionismo

- a) nessun comportamento di autolesionismo durante il periodo considerato
- b) occasionali comportamenti di autolesionismo (battere le mani sulla fronte...)
- c) frequenti comportamenti di autolesionismo senza causare danni significativi (ad es. arrossamento, graffi...)
- d) insorgenza o rischio di comparsa di comportamento autolesionistico con conseguente danno comunque reversibile e senza perdita di funzione (ad es. tagli, lividi, perdita di capelli...)
- e) insorgenza o rischio di comparsa di comportamento autolesionistico con conseguente danno irreversibile e la permanente perdita di funzione (compromissione della vista, cicatrici facciali permanenti). Incluso il tentativo di suicidio

Descrizione _____

67– Aggressività verso ambienti o cose

- a) nessun problema durante il periodo di valutazione
- b) occasionale comparsa dei comportamenti in oggetto
- c) le problematiche influiscono in modo significativo con lo svolgimento delle attività della persona e degli altri
- d) le problematiche influiscono in modo estremamente significativo con lo svolgimento delle attività della persona e degli altri e richiedono un attento monitoraggio per la gestione e prevenzione
- e) le problematiche incidono in modo grave sul funzionamento e sullo svolgimento della maggior parte delle attività di vita quotidiana e richiedono costante supervisione o intervento fisico per la prevenzione

Descrizione _____

68– Stereotipie rituali e comportamenti compulsivi

- a) nessun problema durante il periodo di valutazione
- b) occasionale comparsa dei comportamenti in oggetto
- c) le problematiche influiscono in modo significativo con lo svolgimento delle attività della persona e degli altri
- d) le problematiche influiscono in modo estremamente significativo con lo svolgimento delle attività della persona e degli altri e richiedono un attento monitoraggio per la gestione e prevenzione

- e) le problematiche incidono in modo grave sul funzionamento e sullo svolgimento della maggior parte delle attività di vita quotidiana e richiedono costante supervisione o intervento fisico per la prevenzione

Descrizione _____

69– Ingestione di sostanze non commestibili

- a) nessun problema durante il periodo di valutazione
 b) occasionale comparsa dei comportamenti in oggetto
 c) le problematiche influiscono in modo significativo con lo svolgimento delle attività della persona e degli altri
 d) le problematiche influiscono in modo estremamente significativo con lo svolgimento delle attività della persona e degli altri e richiedono un attento monitoraggio per la gestione e prevenzione
 e) le problematiche incidono in modo grave sul funzionamento e sullo svolgimento della maggior parte delle attività di vita quotidiana e richiedono costante supervisione o intervento fisico per la prevenzione

Descrizione _____

70– Oppositività

- a) nessun problema durante il periodo di valutazione
 b) occasionale comparsa dei comportamenti in oggetto
 c) le problematiche influiscono in modo significativo con lo svolgimento delle attività della persona e degli altri
 d) le problematiche influiscono in modo estremamente significativo con lo svolgimento delle attività della persona e degli altri e richiedono un attento monitoraggio per la gestione e prevenzione
 e) le problematiche incidono in modo grave sul funzionamento e sullo svolgimento della maggior parte delle attività di vita quotidiana e richiedono costante supervisione o intervento fisico per la prevenzione

Descrizione _____

71– Comportamenti socialmente inappropriati

- a) nessun problema durante il periodo di valutazione
 b) occasionale comparsa dei comportamenti in oggetto
 c) le problematiche influiscono in modo significativo con lo svolgimento delle attività della persona e degli altri
 d) le problematiche influiscono in modo estremamente significativo con lo svolgimento delle attività della persona e degli altri e richiedono un attento monitoraggio per la gestione e prevenzione
 e) le problematiche incidono in modo grave sul funzionamento e sullo svolgimento della maggior parte delle attività di vita quotidiana e richiedono costante supervisione o intervento fisico per la prevenzione

Descrizione _____

72– Comportamenti sessuali inappropriati

- a) nessun problema durante il periodo di valutazione
 b) occasionale comparsa dei comportamenti in oggetto
 c) le problematiche influiscono in modo significativo con lo svolgimento delle attività della persona e degli altri
 d) le problematiche influiscono in modo estremamente significativo con lo svolgimento delle attività della persona e degli altri e richiedono un attento monitoraggio per la gestione e prevenzione
 e) le problematiche incidono in modo grave sul funzionamento e sullo svolgimento della maggior parte delle attività di vita quotidiana e richiedono costante supervisione o intervento fisico per la prevenzione

Descrizione _____

73– Altro disturbo del comportamento

- a) nessun problema durante il periodo di valutazione
- b) occasionale comparsa dei comportamenti in oggetto
- c) le problematiche influiscono in modo significativo con lo svolgimento delle attività della persona e degli altri
- d) le problematiche influiscono in modo estremamente significativo con lo svolgimento delle attività della persona e degli altri e richiedono un attento monitoraggio per la gestione e prevenzione
- e) le problematiche incidono in modo grave sul funzionamento e sullo svolgimento della maggior parte delle attività di vita quotidiana e richiedono costante supervisione o intervento fisico per la prevenzione

Descrizione _____

Note Disturbi del comportamento

6. Salute

Condizioni di malattia

Segnare l'eventuale **presenza di malattia** nelle diverse aree proposte. In caso affermativo indicare il **livello di severità della problematica** da 1 a 4 (**1**: lieve; **2**: moderato; **3**: grave; **4**: molto grave). Segnare inoltre l'eventuale **assunzione di terapia** e il **livello di autonomia** selezionando tra le diverse alternative proposte (**A**: assenza di 'assunzione di terapia'; **B**: indipendente; **C**: riceve aiuto in qualche occasione o necessita che gli venga ricordata; **D**: assistenza intensiva: riceve aiuto in tutte le occasioni; **E**: totalmente dipendente).

74– Presenza di condizioni di malattia nelle seguenti aree

Condizione di malattia	Presenza (Se SI' spuntare la casella)	Livello di severità della problematica (Se presente la condizione di malattia)				Presenza di eventuale 'assunzione di terapia' e livello di autonomia (Se presente la condizione di malattia)				
		1	2	3	4	A	B	C	D	E
Cuore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiratorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhio, orecchio, naso, gola e laringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastro intestinali superiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastro intestinali inferiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genito-urinarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muscolo scheletrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema nervoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicopatologico/Comportamentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note Condizioni di malattia

Valutazione del dolore

75– In riferimento alle problematiche di salute quanto dolore provi al momento?

0 (nessun dolore) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (massimo dolore)

Qualora i pazienti presentassero disturbi cognitivi importanti o difficoltà di comunicazione esplorare le seguenti 5 aree comportamentali:

- | | |
|------------------------------|--|
| 75.01- Respirazione | <input type="checkbox"/> 1. Normale
<input type="checkbox"/> 2. Respiro affannoso
<input type="checkbox"/> 3. Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea |
| 75.02- Vocalizzazione | <input type="checkbox"/> 1. Nessun problema
<input type="checkbox"/> 2. Pianti occasionali o brontolii
<input type="checkbox"/> 3. Ripetuti urli o lamenti |
| 75.03- Espressioni del volto | <input type="checkbox"/> 1. Sorridente o inespressivo
<input type="checkbox"/> 2. Triste o ciglia aggrottate
<input type="checkbox"/> 3. Smorfie |
| 75.04- Linguaggio del corpo | <input type="checkbox"/> 1. Rilassato
<input type="checkbox"/> 2. Teso
<input type="checkbox"/> 3. Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire |
| 75.05- Consolazione | <input type="checkbox"/> 1. Nessun bisogno di essere consolato
<input type="checkbox"/> 2. Confuso e che cerca rassicurazione
<input type="checkbox"/> 3. Incapace di distrazione e/o consolazione |

Altre problematiche di salute e interventi sanitari

In riferimento alle problematiche di salute quali sono gli interventi di carattere sanitario che ricevi?

76– Assistenza alla respirazione

- | | | |
|---|--------|--|
| <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | Se sì, | <input type="checkbox"/> Terapia inalatoria o ossigeno terapia
<input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica assistita invasiva
<input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica assistita non invasiva continuativa
<input type="checkbox"/> Drenaggio posturale
<input type="checkbox"/> Terapia fisica per il drenaggio delle secrezioni toraciche
<input type="checkbox"/> Aspirazione bronchiale e tracheale
<input type="checkbox"/> Cura tracheostomia |
|---|--------|--|

77– Assistenza all'alimentazione

- | | | |
|---|--------|--|
| <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | Se sì, | <input type="checkbox"/> Stimolazione della cavità orale o posizionamento della mandibola
<input type="checkbox"/> Alimentazione con sonda (es. nasogastrica)
<input type="checkbox"/> Alimentazione per via parenterale (es. endovenosa)
<input type="checkbox"/> Dieta per malattia
<input type="checkbox"/> Imboccare |
|---|--------|--|

78– Assistenza alla postura per la prevenzione delle lesioni da pressioni

- | | | |
|---|--------|--|
| <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | Se sì, | <input type="checkbox"/> Rotazione o posizionamento
<input type="checkbox"/> Medicazione delle lesioni da pressioni |
|---|--------|--|

79– Apparato urinario

79.01- Problemi di continenza urinaria

Sì No

- Se sì, Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.)
 Necessita di supervisione per la gestione dei presidi urinari
 Necessita di aiuto fisico nell'uso dei presidi (Generalmente asciutto di giorno, ma non di notte)
 Non collabora

79.02- Procedure terapeutiche relative all'apparato urinario

Sì No

- Se sì, Stomia urinaria
 Catetere vescicale
 Dialisi

80– Apparato gastro intestinale

80.01- Problemi di continenza intestinale

Sì No

- Se sì, Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri
 Necessita di supervisione per uso di supposte, clisteri, pannolone
 Necessita di aiuto fisico nell'uso dei dispositivi
 Non collabora

80.02- Procedure terapeutiche relative all'apparato gastro intestinale

Sì No

- Se sì, Stomia
 Clistere periodico / svuotamento dell'alvo
 Stimolazione topica

81– Procedure riabilitative

Sì No

- Se sì, Fisioterapia individuale specialistica
 Fisioterapia di gruppo specialistica
 Fisioterapia respiratoria
 Logoterapia specialistica
 Altre forme di riabilitazione specialistica (ad es. terapia occupazionale)

82– Altri tipi di interventi sanitari

Sì No

- Se sì, Prevenzione della malattie infettive
 Gestione delle convulsioni
 Medicazione delle stomie
 Interventi fisioterapici
 Attività terapeutiche specialistiche
 Trattamento farmacologico con insulina

83– Presenza altro tipo d'intervento sanitario

Sì No

Se sì, _____

Note Altre problematiche di salute e interventi sanitari
