



**G.E.F.I.**

**INDICE DI VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE**

MOD EQU 11 Rev 00

Sez. A) FATTORI MEDICO-BIOLOGICI

Sig./ra \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

1) CAPACITA' DI MOVIMENTO	2) STATO MENTALE	3) ORIENTAMENTO SPAZIALE	4) FUNZIONI SENSORIALI	5) CONTROLLO DEGLI SFINTERI
cammina autonomamente <input type="checkbox"/> 0 cammina con bastone o altro supporto <input type="checkbox"/> 10 cammina con l'aiuto di un'altra persona <input type="checkbox"/> 25 seduto su carrozzina <input type="checkbox"/> 50 allettato <input type="checkbox"/> 100	parla e comprende <input type="checkbox"/> 0 comprende soltanto <input type="checkbox"/> 25 non comprende <input type="checkbox"/> 75 comportamento aggressivo e pericoloso <input type="checkbox"/> 100	orientato <input type="checkbox"/> 0 parzialmente orientato <input type="checkbox"/> 25 disorientato frequentemente <input type="checkbox"/> 50 stabilmente disorientato <input type="checkbox"/> 75	apparentemente normali <input type="checkbox"/> 0 deficit tatto/gusto <input type="checkbox"/> 5 deficit uditivo <input type="checkbox"/> 15 deficit visivo <input type="checkbox"/> 25 deficit visivo grave <input type="checkbox"/> 50 deficit uditivo grave e/o visivo globale grave <input type="checkbox"/> 100	controllo completo <input type="checkbox"/> 0 incontinenza urinaria episodica <input type="checkbox"/> 10 incontinenza urinaria notturna <input type="checkbox"/> 25 incontinenza urinaria diurna <input type="checkbox"/> 30 portatore di catetere a permanenza <input type="checkbox"/> 50 incontinenza doppia (urinaria e fecale) <input type="checkbox"/> 100
6) PIAGHE DA DECUBITO	7) ALIMENTAZIONE	8) IGIENE PERSONALE ED ABBIGLIAMENTO	9) RITMO SONNO-VEGLIA	10) CONDIZIONI DI SALUTE
assenti <input type="checkbox"/> 0 superficiali (stadio I - II) <input type="checkbox"/> 25 profonde (stadio III) <input type="checkbox"/> 75 profonde (stadio IV) <input type="checkbox"/> 100	indipendente <input type="checkbox"/> 0 mangia da solo pasti già preparati <input type="checkbox"/> 25 necessita di aiuto (deve essere imboccato) <input type="checkbox"/> 50	autonomia e sufficienza completa <input type="checkbox"/> 0 necessità di aiuto e/o supervisione <input type="checkbox"/> 25 deve essere lavato e vestito <input type="checkbox"/> 50	regolare <input type="checkbox"/> 0 irrequietezza notturna <input type="checkbox"/> 10 sonnolenza diurna ed irrequietezza notturna <input type="checkbox"/> 25 completa alterazione (inversione del ritmo) <input type="checkbox"/> 50	buona salute, non necessita di cure mediche <input type="checkbox"/> 0 necessità di cure mediche saltuarie a domicilio <input type="checkbox"/> 5 necessità di cure mediche settimanali a domicilio <input type="checkbox"/> 25 necessità di cure mediche quotidiane <input type="checkbox"/> 75

**Sez. B) FATTORI SOCIO-AMBIENTALI**

11) FABBISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA	12) SITUAZIONE ABITATIVA DOMICILIARE	13) SITUAZIONE FAMILIARE	14) SITUAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	15) CONTATTO SOCIALE
buona salute, non necessita di assistenza infermieristica <input type="checkbox"/> 0 necessita saltuaria di assistenza infermieristica <input type="checkbox"/> 5 necessita di supervisione nell'assunzione di medicinali <input type="checkbox"/> 10 necessita di assistenza infermieristica 1 v./settimana <input type="checkbox"/> 25 necessita di assistenza infermieristica quotidiana <input type="checkbox"/> 50	alloggio idoneo <input type="checkbox"/> 0 mancanza di alcuni servizi all'interno dell'alloggi <input type="checkbox"/> 15 barriere architettoniche <input type="checkbox"/> 25	famiglia collaborante ed in grado di fornire assistenza <input type="checkbox"/> 0 famiglia che necessita di aiuto per la cura dell'anziano <input type="checkbox"/> 25 famiglia incapace o non collaborante <input type="checkbox"/> 35 senza famiglia/amici <input type="checkbox"/> 50	completamente sufficiente <input type="checkbox"/> 0 necessita di aiuto da parte dei parenti <input type="checkbox"/> 5 necessita di aiuto da parte di conoscenti o volontari <input type="checkbox"/> 15 precarietà <input type="checkbox"/> 20 povertà estrema <input type="checkbox"/> 25	attivo ed autonomo senza limitazioni geografiche <input type="checkbox"/> 0 autonomo nell'ambito del quartiere o paese <input type="checkbox"/> 10 limitato al vicinato <input type="checkbox"/> 25 limitato alla famiglia <input type="checkbox"/> 35 isolamento <input type="checkbox"/> 50

N.B. Per ciascuna delle funzioni elencate contrassegnare la descrizione meglio corrispondente.

**Punteggio Fattori Medico Biologici .....-- Punteggio Fattori Socio Ambientali .....-- Punteggio Totale .....**

- **AUTOSUFFICIENZA** < 100 (ammissibile in R.A.A.)
- **PARZIALE AUTOSUFFICIENZA** 100-200 (ammissibile in R.A.)
- **NON AUTOSUFFICIENZA** > 200 (caso da sottoporre all'U.V.G.)

Data \_\_\_\_\_ Firma D.S. \_\_\_\_\_