

## **SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE B.I.N.A.**

**DISTRETTO DI**

### **Parte sanitaria a cura del Medico di Medicina Generale**

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ E mail \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

### **PATOLOGIA / DISABILITÀ / CONDIZIONE DI DISAGIO PREVALENTE**

- |                         |                               |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. NEOPLASIE            | 8. M. APP. GENITOURIN.        |
| 2. ICTUS                | 9. DISTURBIPSICHICI           |
| 3. DEMENZA              | 10. GRANDESENILITÀ            |
| 4. TRAUMIE FRATTURE     | 11. ASS. RIS. SOC. e/o FAMIL. |
| 5. CECITÀ e/o SORDITÀ   | 12. DIABETE                   |
| 6. M. APP. LOCOMOTORIO  | 13. M. APP. CARDIOVASCOLARE   |
| 7. M. APP. RESPIRATORIO | 14. ALTRO (specific.) _____   |



<b>1</b>	<b>MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO</b>		<b>6</b>	<b>DEFICIT SENSORIALI (udito e vista)</b>	
<b>1.1</b>	Non necessarie	10	<b>6.1</b>	Normale	10
<b>1.2</b>	Per ulcerazioni e distrofie cutanee	30	<b>6.2</b>	Deficit correggibile con l'aiuto di protesi	20
<b>1.3</b>	Per catetere a permanenza	60	<b>6.3</b>	Grave deficit non correggibile	80
<b>1.4</b>	Per piaghe da de cubito	100	<b>6.4</b>	Cecità e/o sordità completa	100
<b>2</b>	<b>NECESSITÀ PRESTAZIONI MEDICHE</b>		<b>7</b>	<b>MOBILITÀ</b>	
<b>2.1</b>	Buone condizioni di salute	10	<b>7.1</b>	Cammina autonomamente senza aiuto	10
<b>2.2</b>	Necessità di controlli periodici (es. Pressione, glicemia, ecc...)	30	<b>7.2</b>	Cammina o si sposta con l'aiuto saltuario di altre persone	30
<b>2.3</b>	Necessità di controlli del Medico specialist di un certo impegno	70	<b>7.3</b>	Si sposta con l'aiuto di altre persone o con carrozzina	80
<b>2.4</b>	Prestazioni mediche continuative	100	<b>7.4</b>	Allettato deve essere alzato e mobilizzato	100
<b>3</b>	<b>CONTROLLO SFINTERICO</b>		<b>8</b>	<b>ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA</b>	
<b>3.1</b>	Presente	10	<b>8.1</b>	Totalmente indipendente	10
<b>3.2</b>	Incontinenza urinaria episodica	30	<b>8.2</b>	Aiuto programmato	20
<b>3.3</b>	Incontinenza urinaria permanente	70	<b>8.3</b>	Aiuto necessario ma parziale	70
<b>3.4</b>	Incontinenza totale	100	<b>8.4</b>	Totalmente dipendente	100
<b>4</b>	<b>DISTURBI COMPORTAMENTALI</b>		<b>9</b>	<b>FATTORI ABITATIVI ED AMBIENTALI</b>	
<b>4.1</b>	Assenti	10	<b>9.1</b>	L'abitazione è idonea	10
<b>4.2</b>	Disturbi dell'umore	50	<b>9.2</b>	L'abitazione è idonea ma presenta barriere architettoniche limitanti la fruibilità dei servizi esterni	20
<b>4.3</b>	Disturbi della cognitivà	80	<b>9.3</b>	È impedita la fruibilità completa dei servizi indispensabili all'interno dell'abitazione	70
<b>4.4</b>	Disturbi della cognitivà con comportamento disturbato	100	<b>9.4</b>	Totale inadeguatezza dell'abitazione (assenza dei servizi fondamentali)	100
<b>5</b>	<b>FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE</b>		<b>10</b>	<b>STATO DELLA RETE FAMILIARE</b>	
<b>5.1</b>	Normale	10	<b>10.1</b>	Ha un adeguato supporto dalla famiglia	10
<b>5.2</b>	Linguaggio menomato esprime comunque il suo pensiero	40	<b>10.2</b>	Supporto parziale di parenti e amici	30
<b>5.3</b>	Comprende solo ordini semplici non riesce ad esprimere con coerenza il proprio pensiero	70	<b>10.3</b>	Supporto da parenti e amici solo in caso di bisogno	60
<b>5.4</b>	Non comprende	100	<b>10.4</b>	Supporto solamente istituzionale	100

**Valutazione sanitaria (a cura del medico): item 1-2-3-4-5-6**

**Valutazione assistenziale (a cura dell'assistente sociale): item 7-8-9-10**