

STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale			
Deterioramento cognitivo	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato		<input type="checkbox"/> grave
Comprensione ordini semplici	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati		<input type="checkbox"/> gravi
↳ Specificare			

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi..... ..	anni.....

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Supporto familiare /caregiver	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

↩ Con quali risultati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Positivo	Parziale	Nulla

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presente	Parziale	Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presente	Parziale	Assente

Struttura inviante

.....



.....

In fede

.....

(timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....