

|       |                                                             |  |
|-------|-------------------------------------------------------------|--|
| B_A01 | Centro/Studio Medico di riferimento                         |  |
| B_A02 | Cognome e Nome del compilatore<br>(intelligibile, no firma) |  |
| B_A03 | Contatti del compilatore (tel-fax-email)                    |  |
| B_A04 | Data di compilazione (gg/mm/aaaa)                           |  |

|      |                             |  |
|------|-----------------------------|--|
| B000 | Codice Fiscale del paziente |  |
|------|-----------------------------|--|

|      |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------|--------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B_01 | ALIMENTAZIONE                  |  | 10 = Completamente indipendente<br>8 = A volte necessita aiuto (tagliare carne, aprire barattoli)<br>5 = Capace con supervisione<br>2 = Sa usare cucchiaio, necessita aiuto<br>0 = Dipendente in tutto                                                                                                                             |
| B_02 | BAGNO/DOCCIA                   |  | 5 = Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia da solo<br>4 = Necessita di supervisione per sicurezza<br>3 = Necessita di aiuto per trasferimento o lavarsi/asciugarsi<br>1 = Necessita di aiuto in tutte le operazioni<br>0 = Totalmente dipendente nel lavarsi                                                                |
| B_03 | IGIENE PERSONALE               |  | 5 = Capace di lavarsi faccia, mani, denti e pettinarsi<br>4 = Capace di igiene personale, ma necessita aiuto prima e/o dopo<br>3 = Necessita di aiuto per una o più operazioni<br>1 = Necessita di aiuto per tutte le operazioni<br>0 = Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente                         |
| B_04 | ABBIGLIAMENTO                  |  | 10 = Capace di indossare, togliere e allacciare tutti gli indumenti<br>8 = Necessita di minimo aiuto per operazioni di manualità fine<br>5 = Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento<br>2 = Capace di collaborare, ma dipendente per tutte le attività<br>0 = Totalmente dipendente, non collabora alle attività |
| B_05 | CONTINENZA INTESTINALE         |  | 10 = Controllo completo sia di giorno che di notte<br>8 = Occasionali episodi di incontinenza<br>5 = Frequenti episodi di incontinenza, necessita di pannolone<br>2 = Necessita di aiuto in tutte le fasi<br>0 = Totalmente incontinente                                                                                           |
| B_06 | CONTINENZA URINARIA            |  | 10 = Controllo completo sia di giorno che di notte<br>8 = Generalmente asciutto di giorno e di notte, necessita di poco aiuto<br>5 = Generalmente asciutto solo di giorno, necessita di aiuto<br>2 = Incontinente, ma collabora nell'applicazione dei presidi<br>0 = Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora      |
| B_07 | USO DEL GABINETTO              |  | 10 = Autonomo nell'uso del WC o dei presidi<br>8 = Necessita di supervisione per maggiore sicurezza<br>5 = Necessita di aiuto per vestiti, trasferimenti e/o pulizia<br>2 = Necessita di aiuto per tutte le operazioni<br>0 = Totalmente dipendente                                                                                |
| B_08 | TRASFERIMENTO LETTO-CARROZZINA |  | 15 = Indipendente in tutte le fasi<br>12 = Necessita di supervisione per maggiore sicurezza<br>8 = Necessita di minimo aiuto di una persona in alcune fasi<br>3 = Collabora, ma richiede comunque aiuto da parte di una persona<br>0 = Totalmente dipendente, sono necessarie due persone                                          |

|      |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B_09 | DEAMBULAZIONE        | 15 = Autonomo, cammina per 50 m con/senza ausili<br>8 = Autonomo per meno di 50 metri, necessita supervisione<br>5 = Necessita di aiuto per raggiungere e usare gli ausili<br>2 = Necessita della presenza di una persona durante la deambulazione<br>0 = Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare                                                                                       |
| B_10 | SCALE                | 10 = È in grado di salire e/o scendere le scale in sicurezza<br>8 = Generalmente autonomo, necessita a volte di supervisione<br>5 = Capace di fare le scale, ma con l'uso gli ausili<br>2 = Necessita di aiuto costante in tutte le fasi<br>0 = Incapace di salire e/o scendere le scale                                                                                                            |
| B_11 | USO DELLA CARROZZINA | 0 = Paziente deambulante (NO carrozzina)<br>5 = Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (almeno 50 m)<br>4 = Capace per tempi prolungati in piano, aiuto per curve strette<br>3 = Una persona necessaria per avvicinare carrozzina a letto, tavolo ecc<br>1 = Si muove per brevi tratti in piano, necessita aiuto per manovre<br>0 = Totalmente dipendente per gli spostamenti in carrozzina |

|      |                             |  |
|------|-----------------------------|--|
| B000 | Codice Fiscale del paziente |  |
|------|-----------------------------|--|

PUNTEGGIO TOTALE:

0

100-91 = Autosufficienza quasi totale  
 90-75 = Dipendenza lieve  
 74-50 = Dipendenza moderata  
 49-25 = Dipendenza grave  
 <25 = Dipendenza completa