

rev. 0.0 2023

DATI PAZIENTE

Data ____/____/____

Nome e Cognome _____ Data di nascita ____/____/____

Indicatori	Variabili				Data	Data	Data	Data
	4	3	2	1	1 Valut.	2 Valut.	3 Valut.	4 Valut.
Condizioni generali	Buone	Discrete	Scadenti	Pessime				
Stato Mentale	Lucido	Apatico	Confuso	Stuporoso				
Deambulazione	Normale	Cammina con aiuto	Costretto su sedia	Costretto a letto				
Mobilità	Piena	Moderatamente limitata	Molto limitata	Immobile				
Incontinenza	Assente	Occasionale	Abituale urine	Doppia Urine/feci				
Punteggio totale								
Cognome Nome del professionista che esegue la valutazione								
FIRMA								

Punteggio complessivo:

Nessun Rischio (20-15) lieve (14-12) Elevato (12-10) Molto elevato < 10