



Ambito Territoriale  
Sociale Agnone



Ambito Territoriale  
Sociale Agnone

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