

# SCHEMA SANITARIA

## INDICE DI BARTHEL

Intervistatore:.....

Data:.....

Utente:.....

### ALIMENTAZIONE

● Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare la carne e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	10
● Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	8
● Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte nel thé, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
● Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaio, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto	2
● Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato.	0

● Richiede ausili per mangiare?

si	no
----	----

● Di che tipo?.....

● Li ha in dotazione?

si	no
----	----

● Richiede cannucce per bere?

si	no
----	----

● Richiede una postura preferenziale per mangiare/bere?

si	no
----	----

● Quale?.....

● Richiede modificazioni del cibo in termini di consistenza?	Solido
	Semisolido
	Semiliquido
	Liquido

● Richiede modificazioni del cibo in termini di omogeneità?	Frullato
	Passato
	Omogeneizzato
	Centrifugato

# SCHEDA PERSONALE DELL'UTENTE

SOGGIORNO A \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_ / al \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Rapporto Accompagnatore/Utente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Usa la carrozzina **SI** **NO** Peso \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Residenza (Via, Città, Cap) \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**RECAPITO ALTERNATIVO** in caso di assenza dei familiari:

Presso \_\_\_\_\_ chiedere di \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

## PARTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE

DIAGNOSI \_\_\_\_\_

Disabilità sensoriali (sordità, cecità,..) \_\_\_\_\_

Attuale terapia farmacologica (Allegare il certificato) \_\_\_\_\_

Terapia in caso d'emergenza (Allegare il certificato) \_\_\_\_\_

Allergie conosciute (sia farmacologiche, che alimentari, che altro) \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MEDICO, luogo e data**