



1

Valutazione del grado di autosufficienza  
Attestazione del Medico Curante

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

1. Eventi morbosi pregressi  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Patologie in atto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Terapie in atto     Nessuna                       Fisica                       Dietetica  
Farmacologia (specificare)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Stato nutrizionale     Normale                       Eccessivo                       Carente

5. Deficiti di vista     No                       Si                       Corretto                       Non Corretto

6. Deficit udito     No                       Si                       Corretto                       Non Corretto

7. Mobilità     Normale                       Cammina con aiuto  
 Costretto in sedia                       Costretto a letto

8. Incontineza     No                       Si (urine)                       Si (feci)

Problemi aperti     Nessuno                       Sanitari                       Familiari                       Assistenziali (specificare)

10. Disturbi comportamentali  
Assenti                      0  
Lievi                      2  
Medi                      4  
Gravi                      6

Eventuali annotazioni  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Medico Curante (timbro e firma)  
\_\_\_\_\_