



SCHEDA DI AUTONOMIA FUNZIONALE

Cognome e Nome..... Data di nascita

	MOBILITÀ	MEMORIA	ORIENTAMENTO	COMUNICAZIONE	COLLABORAZIONE	IRREQUIETEZZA	ABBIGLIAMENTO	ALIMENTAZIONE	LAVARSI	INCONTINENZA
	autonomia totale	normale	completo	normale	attivamente collaborante	assente	corretto	normale senza aiuto	autonomo	controllo totale
		occasionalmente smemorato	occasionalmente disorientato in ambiente domestico		collabora passivamente "o" occasionalmente collaborante		possibile con supervisione	con supervisione		incidenti occasionali
	cammina con aiuto			o non comprende gli ordini semplici o non sa esprimere i propri bisogni		intermittente			con supervisione	continente di giorno se condotto in bagno
							totalmente incapace			urinaria notturna o catetere vescicale
		perdita della memoria a breve e lungo termine		abolizione di ogni contatto		costante		deve essere alimentato	non si lava da solo	doppia
										urostomizzati e colonstomizzati
	allettato o in poltrona		completamente disorientato		completamente non collaborante					

Data.....

Timbro e firma del medico curante