

**All. 4****SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICA**

Da compilare a cura del Medico di Medicina Generale  
(barrare il punteggio più pertinente)

Beneficiario:

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

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

Comune di residenza \_\_\_\_\_

<b>GRADO DI COMPROMISSIONE DELLA CAPACITA' COGNITIVO/COMPORAMENTALE</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
ASSENTE (nessuna compromissione o non interferenza con la normale attività)	0
LIEVE (presenza di lievi disturbi cognitivi e/o comportamentali, episodi di riduzione delle performance per fatica mentale, con occasionale necessità di assistenza/ausili)	1
MODERATA (presenza di disturbi che condizionano parzialmente l'autonomia della persona con frequente necessità di assistenza/ausili)	2
GRAVE (presenza di gravi disturbi che condizionano parzialmente l'autonomia della persona con necessità di aiuto nella gestione di attività di problem solving, relazione con gli altri, orientamento, etc..)	3
MOLTO GRAVE (presenza di deterioramento mentale con totale dipendenza dagli altri per incapacità di problem solving/gravi disturbi di relazione con gli altri/disorientamento spazio-temporale)	4
<b>GRADO DI COMPROMISSIONE DEL TONO DELL'UMORE</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
ASSENTE (nessuna compromissione o non interferenza con la normale attività)	0
LIEVE (presenza di disturbi dell'umore con impatto nella vita sociale, ma con conservazione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana)	1
MODERATA (presenza di gravi disturbi dell'umore con parziale conservazione dei rapporti sociali e necessità di aiuto saltuario nelle attività della vita quotidiana)	2
GRAVE (presenza di gravi disturbi dell'umore che portano all'isolamento e necessità di aiuto frequente nelle attività della vita quotidiana)	3
MOLTO GRAVE (presenza di gravi disturbi dell'umore che portano all'isolamento e richiedono assistenza continuativa per la gestione delle attività quotidiane)	4
<b>TOTALE</b>	<b>/8</b>

Data \_\_\_\_\_

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