

Questo incidente o questa malattia hanno permesso all'assicurato di beneficiare di un esonero del ticket? _____
Se sì, in quale data? _____

Hanno comportato il riconoscimento, da parte del Servizio Sanitario o altro Ente Statale, di un'inabilità permanente? _____
Se sì, in quale data? _____

In caso di risposte affermative, allegare la copia del titolo.

Spostarsi (all'interno della residenza abituale)	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> da solo, senza aiuto di terzi<input type="radio"/> da solo, con l'utilizzo di ausili (indicare gli ausili) _____<input type="radio"/> da solo, ma necessita di assistenza nei passaggi posturali (indicare i passaggi) _____<input type="radio"/> Passivo, non autonomo
Vestirsi	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> si può vestire da solo<input type="radio"/> necessita di aiuto per alcuni indumenti specifici (indicare quali) _____<input type="radio"/> necessita di aiuto per vestire la parte superiore o inferiore del corpo<input type="radio"/> necessita di aiuto per vestire sia la parte superiore che quella inferiore del corpo
Lavarsi	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> si lava da solo<input type="radio"/> deve essere aiutato per lavare la parte inferiore del corpo<input type="radio"/> deve essere aiutato per lavare la parte superiore del corpo<input type="radio"/> necessita di aiuto solo per determinati atti di igiene (indicare quali) _____<input type="radio"/> necessita di aiuto totale
Pasti (preparazione esclusa)	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> può servirsi e mangiare da solo<input type="radio"/> deve essere aiutato solo per servirsi (tagliare gli alimenti, aprire le confezioni)<input type="radio"/> con aiuto totale<input type="radio"/> con sonda
Turbe del comportamento	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> nessuna<input type="radio"/> episodiche<input type="radio"/> frequenti<input type="radio"/> permanenti
Orientamento (temporale e spaziale)	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> buono<input type="radio"/> perturbato in circostanze non abituali<input type="radio"/> totalmente disorientato
Comprensione	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> ordini complessi<input type="radio"/> ordini semplici<input type="radio"/> nessuna
Espressione	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> normale<input type="radio"/> orale ridotta<input type="radio"/> gestuale o nessuna

Questa situazione è:

- DEFINITIVA
- SUSCETTIBILE DI MIGLIORAMENTO
- SUSCETTIBILE DI AGGRAVAMENTO

Qualità della/delle persone che dispensano l'assistenza: _____

Natura e frequenza dei loro interventi: _____

Luogo e data _____ Timbro e firma del medico _____

Inviare il presente modulo compilato e firmato in ogni sua parte a
FONDO FONSAF - Via Flavia, 3 00187 ROMA