













Raggruppamento delle domande da assegnare con l'App EpiFrail



GRUPPO	VARIABILE	DOMANDE con IDENTIFICATIVO
AMBIENTALE	 <p>CONDIZIONE ABITATIVA</p>  <p>RISCHIO DI CADUTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nella sua abitazione funziona il suo impianto di riscaldamento?117 - Nella sua abitazione c'è assenza di acqua calda corrente?118 - Nella sua abitazione com'è la pulizia e l'assenza di rifiuti?119 - Nella sua abitazione c'è rischio di inciampare? (tappeti, piastrelle sconnesse)120 - Nella vostra abitazione manca l'ascensore per chi non è al piano terra?121 - Nella vostra abitazione c'è presenza di gradini o barriere architettoniche, esterne all'abitazione, scale?122 - Nel suo ambiente abitativo ha il gabinetto senza barre di appoggio o comunque insicuro?123 - La fermata del mezzo pubblico è lontana più di 500 mt da casa sua?124 - Il negozio alimentari è lontano più di 500 mt dalla sua abitazione?125 - La farmacia più vicina alla sua abitazione è a più di 500mt?126 - E' caduto nel corso degli ultimi 3 mesi?6 - Ha mai avuto vertigini o capogiri negli ultimi 3 mesi?7
DEMOGRAFIC I	 <p>SCOLARITA'</p>  <p>STATO CIVILE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Che titolo di studio ha?1 - Qual è il suo stato civile?3
PSICOLOGICI	 <p>DEPRESSION DEBBEZZION</p> <p>ASPETTI PSICO COMPORTAMENTALI</p>  	<ul style="list-style-type: none"> - Depressione e/o mancanza di interessi?78 - Ha problemi di ansia e/o preoccupazioni?79 - Soffre di allucinazioni? (sente voci che altri non sentono, vede cose che altri non vedono, sente cose che strisciano o gli toccano la pelle..)80 - Soffre di deliri? (crede che qualcuno voglia fargli del male o lo stia derubando o non sia quello che dice di essere..)81 - Soffre di insonnia?82 - Ha problemi di irrequietezza e disturbo notturni?83 - E' capitato di avere comportamenti aggressivi o troppo disinibiti?84 - Soffre di irrequietezza di giorno, tendenza a scappare o a perdersi?85 - Ha la percezione di aver perso la memoria nell'ultimo

	<p>FUNZIONI COGNITIVE</p> 	<p>anno?26</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sa il giorno della settimana in cui ci troviamo?68 - Sa in che stagione ci troviamo?69 - Sa dove si trova?70 - Sa fare semplici calcoli? (20-3 ; 5000-1500)71 - Ricorda 3 parole dette 5 minuti prima? (es. libro, orologio, tavolo) 72 - Come sono le sue capacità di memoria a medio termine?73 - Come sono le sue capacità nel prendere decisioni?74 - Riesce ad orientarsi spazialmente?75 - Riconosce le persone?76 - Comprende quanto le viene detto?77
<p>SOCIALI</p>	<p>ATTIVITA' QUOTIDIANA</p>   <p>CONDIZIONE ECONOMICA</p> <p>PARTECIPAZIONE SOCIALE </p> <p>REDDITO </p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il suo fisico lo ha fatto camminare meno durante l'ultimo anno?25 - Come sono le sue capacità di mangiare?29 - Riesce a raggiungere la sala da pranzo?30 - Riesce a masticare bene?31 - Porta la dentiera?32 - Come sono le sue capacità per fare il bagno o la doccia?33 - Come sono le sue capacità nel vestire?34 - E' autonomo nel mettere le calze?35 - E' autonomo nel chiudere i bottoni?36 - E' autonomo nel mettere le scarpe?37 - E' autonomo nel chiudere cerniere?38 - Ha cura dell'igiene personale?39 - Ha problemi di continenza intestinale?40 - Ha problema di continenza urinaria?41 - Ha difficoltà ad usare il gabinetto?42 - Usa mezzi di trasporto?59 - Svolge lavori domestici (spolverare, fare il letto, le stoviglie, spazzare)? Se maschio considerare cos'è in grado di fare - Lava e stira i vestiti?60 - E' in grado di prendersi cura almeno degli indumenti intimi?62 - Riesce a gestire il denaro?63 - Fa compere?64 - Riesce a cucinare pasti caldi?65 - E' in grado di preparare semplici pasti caldi?66 - Prende farmaci per bocca?67 - La casa in cui abita è di sua proprietà?13 - Ha avuto difficoltà finanziarie per i costi delle cure dentali o sanitarie nell'ultimo anno?5 - Svolge delle attività non retributive?10 - Svolge ancora un'attività retribuita?11 - Abituamente aiuta altre persone?12 - Partecipa ad attività ricreative o sociali? (gioca a carte,








**RETE SOCIALE/
SOLITUDINE**



tombola, frequenta gruppi per fare qualcosa insieme, gioca con i nipotini)**94**

- In generale nella sua famiglia, a fine mese: **2**
- Con quante persone convive (non conti se stesso) **14**
- Con chi vive?**15**
- Quanti bambini o ragazzi al di sotto dei 15 anni vivono in casa sua?**16**
- Quanti anziani con 75 anni o più vivono con lei?**17**
- Si sente solo la maggior parte del tempo?**24**
- E' socievole?**86**
- Ha contatti/telefonate con parenti non conviventi e amici? **87**
- Collabora all'assistenza?**88**
- E' uscito nell'ultimo mese? (non solo in giardino o cortile)**89**
- Se esce, ha bisogno di essere accompagnato da operatori o volontari?**90**
- Ha relazioni personali di confidenza, di sostegno con un familiare, amico?**91**
- Ha relazioni personali di confidenza, di sostegno con l'operatore?**92**
- Ha relazioni personali di confidenza, di sostegno con il volontario e/o religioso?**93**
- Legge libri o giornali o guarda la televisione con interesse?**95**
- Pensa di fare qualcosa di utile? (contribuire alla pulizia, alla cucina, alla cura degli indumenti, cura dell'orto, fare lavoretti di riparazione, fare la maglia)**96**
- Possono lasciarlo solo/a di notte?**97**
- Possono lasciarlo solo/a durante giorno?**98**

- Ha cura dei suoi piedi? (taglio delle unghie, calli, geloni, ecc)**100**
- Ha instabilità di equilibrio o pericolo di cadute?**101**
- Ha ulcere varicose agli arti inferiori?**103**
- Soffre di disidratazione? (lingua e labbra screpolate, pelle secca, beve meno di 3 bicchieri al giorno, fluidi eliminati maggiori di quelli assunti)**107**
- Ha gengive gonfie o sanguinanti, denti mobili o cariati?**108**
- Assume tranquillanti o neurolettici?**109**
- Ha dolori? (con o senza farmaci)**110**
- Prende farmaci antidolorifici?**111**
- Ha problemi assistenziali (continua), fa uso dei mezzi di contenzione?**112**
- Ha disturbi dell'appetito e dell'alimentazione?**113**
- Il familiare che assiste prova senso di solitudine, stress e/o fatica?**114**
- Il familiare che assiste ha limitazioni nella propria vita sociale, nell'attività del tempo libero e nell'attività lavorativa?**115**
- In caso di bisogno può contare su qualcuno per aiuto o supporto?**23**

	<p>SUPPORTO SOCIALE E SANITARIO</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta ulcere da decubito? 99
<p>STATO SALUTE</p>	<p>COMUNICAZIONE</p>  <p>INVALIDITA'</p>   <p>PERDITA DI PESO </p> <p>SALUTE PERCEPITA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ha qualche deficit sensoriale? 4 - Pensa di avere problemi di vista? 43 - Porta gli occhiali o lenti a contatto? 44 - Riesce a sentire bene? 45 - Pensa di aver bisogno dell'apparecchio acustico? 46 - Ha problemi nella comunicazione con gli altri? 47 - Utilizza il telefono o il cellulare? 48 - Come sono le sue capacità di scrittura? 49 - Come sono le sue capacità di lettura? 50 - E' in grado di salire e scendere le scale? 51 - Riesce a camminare almeno per 50mt anche se con brevi pause? 52 - Si sposta facilmente dal letto-carrozzina, letto poltrona? 53 - Com'è la sua mobilità a letto? 54 - Usufruisce della sedia a rotelle? 55 - Ha necessità di ausili per muoversi? 56 - Di che tipo di ausilio necessita? 57 - Ha delle protesi degli arti? 58 - L'appetito si è ridotto negli ultimi 3 mesi? 8 - Ha perso peso negli ultimi 3 mesi involontariamente? 9 - Numero di problemi clinici attivi 19 - Come considera, in generale, la sua salute? 27
<p>USO DEI SERVIZI</p>	<p>ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO</p> <p>ASSUNZIONE FARMACI</p> <p>RICOVERI OSPEDALIERI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Numero accessi al Pronto Soccorso negli ultimi tre mesi 21 - Numero di farmaci assunti al giorno 18 - Numero di ricoveri negli ultimi tre mesi 20 - Numero di ricoveri o accessi al Pronto soccorso nell'ultimo anno 22