

Classificazione degli 11 modelli funzionali della Gordon

Modello di percezione e di gestione della salute	Descrive come la persona percepisce il suo stato di salute e le modalità in cui la gestisce. Include la gestione dei rischi per la salute, abitudini e stili di vita che influenzano la salute, comportamenti, trattamenti e prescrizioni, storia medica e sanitaria in genere.
Modello nutrizionale e metabolico	Descrive come la persona assume il cibo ed i liquidi in termini di qualità e quantità. Include gli indicatori del fabbisogno metabolico dell'organismo. Rientrano in questo modello la descrizione delle condizioni della cute, delle unghie, delle membrane mucose, del peso, dell'altezza e della temperatura corporea.
Modello di eliminazione	Descrive i modelli della funzione escretoria (intestino, rene e cute) compreso le abitudini della persona. Include qualunque dispositivo impiegato per il controllo delle escrezioni.
Modello di attività' esercizio fisico	Descrive il modello dell'esercizio, dell'attività fisica e del tempo libero, includendo tutte le attività quotidiane che implicano dispendio di energia (igiene, alimentarsi, cucinare, lavorare, ecc.), la funzione respiratoria e cardiocircolatoria e i fattori che interferiscono (deficit) con il modello desiderato.
Modello sonno - riposo	Descrive i modelli di sonno e riposo nell'arco delle 24 ore, inclusa la percezione della persona rispetto al livello di riposo/sonno, energia, gli ausili e le abitudini.
Modello cognitivo - percettivo	Descrive l'adeguatezza delle modalità sensoriali della persona (i sensi), i relativi disturbi e la presenza di protesi, inclusa la percezione del dolore e come viene gestito, le abilità cognitive come il linguaggio, la memoria e l'assunzione di decisioni.
Modello di percezione di se' - concetto di se'	Descrive gli atteggiamenti che la persona ha nei confronti di se stesso, la percezione delle proprie abilità, l'immagine corporea, l'identità, il senso di valore e il modello emozionale in genere.
Modello di ruoli e relazioni	Descrive il modello dell'attribuzione e delle relazioni di ruolo; include la percezione dei principali ruoli e responsabilità inerenti la situazione di vita attuale della persona, comprese la soddisfazione o i problemi in ambito familiare e lavorativo, le relazioni sociali e le relative responsabilità.
Modello di sessualità e riproduzione	Descrive atteggiamento e percezioni che la persona ha in relazione alla sessualità e alla funzione riproduttiva, inclusi disturbi e problemi. Include le diverse fasi del ciclo riproduttivo femminile.
Modello di coping e tolleranza allo stress	Descrive il modello di coping includendo la capacità della persona di resistere o gestire lo stress, i sistemi di supporto familiare e l'abilità percepita di controllare /gestire le situazioni
Modello di valori e convinzioni	Descrive il modello di valori, obiettivi e convinzioni, comprese quelle spirituali, che guidano le scelte e le decisioni della persona, includendo ciò che viene percepito importante nella vita e qualunque conflitto percepito rispetto a valori e convinzioni correlate con la salute.

SCHEDA DI ACCERTAMENTO PER MODELLI FUNZIONALI DI GORDON

Studente _____ **Anno di corso** _____ **Data** _____

DESCRIZIONE DEL CASO CLINICO

ETA' _____

	M	F
1	0.00	0.00
2	0.00	0.00
3	0.00	0.00
4	0.00	0.00
5	0.00	0.00
6	0.00	0.00
7	0.00	0.00
8	0.00	0.00
9	0.00	0.00
10	0.00	0.00
11	0.00	0.00
12	0.00	0.00
13	0.00	0.00
14	0.00	0.00
15	0.00	0.00
16	0.00	0.00
17	0.00	0.00
18	0.00	0.00
19	0.00	0.00
20	0.00	0.00
21	0.00	0.00
22	0.00	0.00
23	0.00	0.00
24	0.00	0.00
25	0.00	0.00
26	0.00	0.00
27	0.00	0.00
28	0.00	0.00
29	0.00	0.00
30	0.00	0.00
31	0.00	0.00
32	0.00	0.00
33	0.00	0.00
34	0.00	0.00
35	0.00	0.00
36	0.00	0.00
37	0.00	0.00
38	0.00	0.00
39	0.00	0.00
40	0.00	0.00
41	0.00	0.00
42	0.00	0.00
43	0.00	0.00
44	0.00	0.00
45	0.00	0.00
46	0.00	0.00
47	0.00	0.00
48	0.00	0.00
49	0.00	0.00
50	0.00	0.00
51	0.00	0.00
52	0.00	0.00
53	0.00	0.00
54	0.00	0.00
55	0.00	0.00
56	0.00	0.00
57	0.00	0.00
58	0.00	0.00
59	0.00	0.00
60	0.00	0.00
61	0.00	0.00
62	0.00	0.00
63	0.00	0.00
64	0.00	0.00
65	0.00	0.00
66	0.00	0.00
67	0.00	0.00
68	0.00	0.00
69	0.00	0.00
70	0.00	0.00
71	0.00	0.00
72	0.00	0.00
73	0.00	0.00
74	0.00	0.00
75	0.00	0.00
76	0.00	0.00
77	0.00	0.00
78	0.00	0.00
79	0.00	0.00
80	0.00	0.00
81	0.00	0.00
82	0.00	0.00
83	0.00	0.00
84	0.00	0.00
85	0.00	0.00
86	0.00	0.00
87	0.00	0.00
88	0.00	0.00
89	0.00	0.00
90	0.00	0.00
91	0.00	0.00
92	0.00	0.00
93	0.00	0.00
94	0.00	0.00
95	0.00	0.00
96	0.00	0.00
97	0.00	0.00
98	0.00	0.00
99	0.00	0.00
100	0.00	0.00

Data e ora di ingresso _____

U.O. _____

Diagnosi di ingresso _____

Il paziente proveniente da.....ammesso in reparto/servizio

accompagnato da.....presenta le seguenti condizioni clinico-assistenziali:

ANAMNESI MEDICA/SOCIALE (occupazione, titolo di studio, ecc.) /**FAMILIARE**

I dati sono stati forniti da: ☐ direttamente dalla persona ricoverata ☐ da parenti/accompagnatori ☐ altro (specificare)

data e ora di compilazione _____ firma compilatore_____

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO di base all'ingresso/ammissione/ricovero della persona assistita

1. MODELLO PERCEZIONE-GESTIONE DELLA SALUTE non valutabile ☐			M. disfunzionale : ☐
DESCRIZIONE DELLO STATO DI SALUTE (Come definisce il suo stato di salute attuale?)			Problemi della persona assistita attuali o potenziali
PROMOZIONE DELLA SALUTE (cibo e bevande/dieta, esercizio fisico, stile di vita e abitudini, gestione dello stress) (quali sono le cose importanti per mantenersi in salute?)			
PROTEZIONE DELLA SALUTE (programmi di screening, visite sanitarie di base, esercizio, riposo e fattori economici)			
AUTO-ESAME (esegue autoispezione del seno o testicoli, pressione arteriosa, glicemia, pap test ecc.)			
RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI PREGRESSI			
FATTORI DI RISCHIO LEGATI ALLA SALUTE			
Diabete ☐ ipertensione ☐ problemi cardiaci ☐ Problemi respiratori ☐ altro ☐ _____			
Consumo di alcool no ☐ si ☐ bicchieri di vino/pasto n.....			
Fumo ☐ no ☐ si ☐ n° sigarette fumate/dì___ Uso di altre sostanze no ☐ si ☐ _____			
Allergie note no ☐ si ☐ se sì a cosa : _____			
Terapia a domicilio/in corso : no ☐ si ☐			
Aderenza alla prescrizione medica o infermieristica a domicilio si ☐ no ☐			
FARMACI	Dosaggio	Frequenza /die	Ultima dose

SCALA DI CONLEY <u>prevenzione e segnalazione cadute</u>)	1° valutazione	
Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver):	SI	NO
E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi ?.....	2	0
Ha mai avuto vertigini o capogiri negli ultimi tre mesi.....	1	0
Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno?.....	1	0
Deterioramento cognitivo: (osservazione infermieristica)		
Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile	1	0
Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore)	2	0
Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo	3	0
TOTALE _____		

Le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente (possono essere rivolte ad un familiare od al caregiver, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere). La risposta “non so” è da considerare come risposta negativa (0)
 Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. Il valore soglia di 2 su 10 indica la presenza di rischio di caduta

Altri elementi utili all'accertamento.....

NUTRIZIONE ARTIFICIALE: Nutrizione Enterale: tipo..... con SNG tipo: ch:posiz. il/:: PEG tipo: ch:posiz. il: condizioni area inserzione: Nutrizione Parenterale tipo.....infusa tramite..... Glicemia mg/dl..... Mucosa orale: alterazioni no ☐ si ☐ stomatite ☐ altro..... Catetere vascolare venoso: no ☐ si ☐ periferico ☐ centrale ☐ PIC ☐ PORT sede: sx ☐ dx ☐ inserito il Cute idratata si ☐ no ☐ edemi ☐ INDICARE SEDE ascite ☐ cianosi ☐ ittero ☐ pallore ☐ altro..... Integra ☐ lesioni ☐ sede ☐ medicazioni ☐ tipo medicazione..... ulcere da pressione si ☐ no ☐ sede: Sacro ☐ Trocantere ☐ dx ☐ sn ☐ Tallone ☐ dx ☐ sn ☐ Altro ☐ stadio I° II° III° IV° I° II° III° IV° I° II° III° IV° I° II° III° IV° Altre osservazioni	
--	--

SCALA DI BRADEN

VARIABILI	4	3	2	1	data
Percezione sensoriale	Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Totalmente limitata	punteggio
Umidità	Raramente bagnato	Occasionalmente bagnato	Spesso bagnato	Costantemente bagnato	punteggio
Attività	Cammina frequentemente	Cammina occasionalmente	In poltrona	Allettato	punteggio
Mobilità	Limitazioni assenti	Parzialmente limitata	Molto limitata	Completa immobilità	punteggio
Nutrizione	Eccellente	Adeguate	Probabilmente inadeguata	Molto povera	punteggio
Frizionamento e scivolamento		Senza problemi apparenti	Problema potenziale	Problema	punteggio
PUNTEGGIO TOTALE					

3. MODELLO DI ELIMINAZIONE	M. disfunzionale: ☐
Eliminazione intestinale Frequenza evacuazioni/die ____ stipsi ☐ N. giorni dall'ultima evacuazione _____ diarrea ☐ Caratteristiche delle feci _____ Variazioni recenti alvo _____ Uso di clisteri/lassativi: no ☐ sì ☐ altro ☐ _____ frequenza _____, ☐ incontinenza intestinale Eliminazione urinaria diuresi 24 ore/ORARIA Caratteristiche urine..... disuria ☐ nicturia ☐ stranguria ☐ ritenzione ☐ ☐ incontinenza difficoltà a rimandare la minzione ☐ difficoltà a raggiungere il bagno ☐ ☐ uso pannolone ☐ urocondom Altro _____ esame fisico: presenza di : catetere vescicale ☐ inserito in data ____ tipo _____ Ch..... Stomia tipo: _____ sede _____ caratteristiche stomia _____ autonomo nella gestione della stomia: sì ☐ no ☐ Addome : soffice ☐ trattabile ☐ globoso ☐ Sonde: drenaggi ☐ cateteri ☐ specificare sede Altre osservazioni _____ BILANCIO IDRICO (se ritenuto necessario) Entrate: _____ ml..... _____ ml..... _____ ml..... _____ ml..... TOT E Uscite : _____ ml..... _____ ml..... _____ ml..... _____ ml..... TOT U BILANCIO giornaliero ml: _____	Problemi della persona assistita attuali o potenziali

4. MODELLO DI ATTIVITA' - ESERCIZIO FISICO	M. disfunzionale: ☐
Deambulante sì ☐ no ☐ con ausili: stampelle ☐ deambulatore ☐ bastone ☐ split/tutore ☐ sedia a rotelle ☐ altro ☐ _____ Andatura _____ Equilibrio _____ Mobilità a letto no ☐ sì ☐ Cura di sé (igiene personale) ☐ non assistita ☐ assistita Capacità di cura di sé: vedi Barthel Index Modificato (BIM) Esame fisico: Funzione cardiocircolatoria : P.A. _____ F.C. _____ ritmo _____ caratteristiche _____ ECG: _____ Respirazione: Saturimetria..... Dispnea: no ☐ sì ☐ a riposo ☐ da sforzo ☐ postura _____ Tosse no ☐ sì ☐ espettorato no ☐ sì ☐ Ossigenoterapia O2 lt/min. _____ % _____ ☐ occhiali ☐ NIV ☐ maschera Venturi	Problemi della persona assistita attuali o potenziali

Barthel Index Modificato (BIM)	
Alimentazione	BIM
Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività : tagliare, spalmare, ecc.)	10
Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.	8
Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.	5
Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es.cucchiaio).	2
Totalmente dipendente, deve essere imboccato.	0
Igiene Personale	BIM
Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.	5
In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.	4
Necessita di aiuto per una o più operazioni.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.	0
Farsi il bagno o la doccia	BIM
Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente autonomo.	5
Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).	4
Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Totalmente dipendente nel lavarsi.	0
Abbigliamento	BIM
Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi.	10
Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.).	8
Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.	5
Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività	2
Totalmente dipendente, non collabora alle attività.	0
Trasferimenti carrozzina/letto	BIM
Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.	15
Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.	12
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8
Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.	3
Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevatore	0
Uso del W.C.	BIM
Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).	10
Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.	8
Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.	5
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	2

Totalmente dipendente.	0
Continenza urinaria	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom,ecc.)	10
Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari	8
Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.	5
Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	2
Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.	0
Continenza intestinale	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.	10
Occasionalni episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	8
Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone.	5
Necessita di aiuto in tutte le fasi.	2
Totalmente incontinente.	0
Deambulazione	BIM
Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 mt. Senza aiuto o supervisore.	15
Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.	8
Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.	5
Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.	2
Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.	0
Uso della carrozzina	BIM
Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.). L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.	5
Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.	4
E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.	3
Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre.	1
Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	0
Scale	BIM
E' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto nè supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.	10
Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc.	8
Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.	5
Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.	2
Incapace di salire e scendere le scale.	0
TOTALE PUNTEGGIO	
Punteggi totali Indice di Barthel modificato Categorie Livello di dipendenza punteggio totale 0-24 Totale dipendenza 27. 0 val.attribuita 25-49 Severa dipendenza 23. 0 “ 50-74 Moderata dipendenza 20. 0 “ 75-90 Lieve dipendenza 13. 0 “ 91-99 Minima dipendenza <10. 0 “	

5. MODELLO SONNO – RIPOSO	M. disfunzionale: ☐
Abitudini: ore/notte _____ pisolino pomeridiano ☐ Si sente riposato al risveglio no ☐ si ☐ Difficoltà ad addormentarsi no ☐ si ☐ : risveglio precoce ☐ insonnia ☐ incubi ☐ altro _____ Uso di farmaci ☐ altre abitudini per favorire il sonno ☐ _____ Altro _____ Paziente sedato no ☐ si ☐	Problemi della persona assistita attuali o potenziali

6. MODELLO COGNITIVO - PERCETTIVO	M. disfunzionale: ☐
<i>N.B. se la scala NRS non è applicabile utilizzare altra scala del dolore idonea alla situazione clinica</i>	
Lingua parlata italiano ☐ altra lingua ☐ quale _____ Linguaggio: normale ☐ disturbi del linguaggio ☐ _____ Altro _____ Sensi : Udito: normale ☐ alterazioni ☐ ipoacusia ☐ sordità ☐ destra ☐ sinistra ☐ protesi ☐ destra ☐ sinistra ☐ Vista: normale ☐ occhiali ☐ lenti a contatto ☐ alterazioni ☐ quali ☐ Altro _____ DOLORE no ☐ si ☐ acuto ☐ cronico ☐ sede ☐ trattamento in corso _____ Livello accettabile di dolore _____ come controlla abitualmente il dolore _____	Problemi della persona assistita attuali o potenziali
Scala NRS del DOLORE “Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile”. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 esame fisico : Stato di coscienza: vigile ☐ soporoso ☐ confuso ☐ agitato ☐ comatoso ☐ Orientamento: orientato si ☐ no ☐ tempo ☐ spazio ☐	

GLASGOW COMA SCALE (GCS): GCS > 8 NON IN COMA date rilevazione

APERTURA DEGLI OCCHI (Eye Opening Response)	- nessuna apertura degli occhi - apertura degli occhi in risposta a stimoli dolorosi - apertura degli occhi in risposta a stimoli verbali - apertura degli occhi spontanea	1 2 3 4	1 2 3 4	
RISPOSTA VERBALE (Verbal response)	- nessuna risposta verbale, nessun suono (o paziente intubato) - suoni incomprensibili - parla e pronuncia parole, ma incoerenti - confusione, frasi sconnesse - risposta orientata e appropriata	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
RISPOSTA MOTORIA (Motor response)	- nessun movimento - estensione al dolore (si irrigidisce: risposta decerebrata) - flessione al dolore (lenta, distonica: risposta decorticata) - retrazione dal dolore (si ritrae rapidamente se viene applicato uno stimolo doloroso) - localizzazione del dolore (cerca lo stimolo doloroso) - in grado di obbedire ai comandi	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	
Totale				

7. MODELLO DI PERCEZIONE DI SE' -CONCETTO DI SE'	M. disfunzionale: ☐
A) Ci sono o ci sono state delle modifiche al suo corpo che le hanno creato dei problemi? B) Riferisce ansia/paura/ preoccupazioni sullo stato di salute no ☐ si ☐ specificare: che cosa la aiuta? _____ che cosa peggiora le sue ansie/paure/preoccupazioni _____ C) Nella vita quotidiana si sente in grado di affrontare le situazioni anche difficili che si presentano anche in conseguenza della sua malattia? _____ D) Ha mai sentito di perdere la speranza? _____	Problemi della persona assistita attuali o potenziali

8. MODELLO DI COPING - TOLLERANZA ALLO STRESS	M. disfunzionale: ☐
Ritiene di avere buone capacità di adattamento? no ☐ si ☐ quali sono le situazioni nelle quali trova maggiore difficoltà ad adattarsi (patologie, farmaci, situazioni altro) _____ Persone di riferimento in grado di aiutarla _____ Perdite/cambiamenti importanti nell'ultimo anno _____ altro _____	Problemi della persona assistita attuali o potenziali

9. MODELLO DI SESSUALITA' – RIPRODUZIONE	M. disfunzionale: ☐
Se donna (se appropriato) Ultima mestruazione: in menopausa ☐ In gravidanza: no ☐ si ☐ con figli Utilizzo contraccettivo EP ☐ si ☐ no ☐ se uomo (se appropriato) : disturbi ☐ no ☐ si ☐ riferibili a ☐ effetti collaterali dei farmaci ☐ problemi di salute ☐ interventi ☐ altro ☐ _____ ci sono cambiamenti nella funzione/nel modello no ☐ si ☐ _____ altro _____	Problemi della persona assistita attuali o potenziali

10. MODELLO RUOLO – RELAZIONI	non valutabile ☐	M. disfunzionale: ☐
Occupazione: Sistema di supporto familiare/sociale (moglie/marito/figli/nipoti/amici ecc.) _____ La sua famiglia dipende da lei per qualcosa _____ Le capita mai di sentirsi solo? SI NO Vive in famiglia ☐ da solo ☐ in struttura ☐ altro ☐ _____ Presenza di caregiver ☐ Persona di riferimento da contattare _____ Altro _____	Problemi della persona assistita attuali o potenziali	

11. MODELLO DI VALORI – CONVINZIONI	non valutabile ☐	M. disfunzionale: ☐
Cosa è importante nella sua vita? _____ Cosa la aiuta quando insorgono difficoltà? _____ _____ _____	Problemi della persona assistita attuali o potenziali	

ALTRE OSSERVAZIONI E RILIEVI RITENUTI UTILI: