

QUESTIONARIO DA ALLEGARE ALLA DENUNCIA DEL SINISTRO

(Questionario di Non Autosufficienza - Medico)

Dati dell'Assicurato:

Cognome e nome dell'Assicurato
Data di nascita Professione.....
Numero di figli
Indirizzo
Numero di polizza

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE:

Dati del medico curante:

Nome e Cognome del medico curante
Indirizzo
Numero di telefono

1. Lei è il medico curante dell'Assicurato?

NO SI

In caso affermativo, da quanto tempo?

2. In che data ha visitato l'Assicurato l'ultima volta?

Quando ha visitato per la prima volta l'Assicurato in merito alla sintomatologia attuale?

3. Particolari sul domicilio e situazione attuale:

L'Assicurato vive a casa propria?
o risiede in una casa di cura?

A) Se vive a casa propria:

Quali cure, trattamenti o aiuti richiede e da quando?
.....
.....

L'Assicurato richiede costantemente l'assistenza di una terza persona per effettuare le attività elementari della vita quotidiana? NO SI

In caso affermativo, trattasi di:

parenti, amici:
assistenza a domicilio:
in caso di assistenza a domicilio indicare le ore settimanali

Note aggiuntive

B) Se risiede in casa di cura, di riposo o struttura analoga, indicare:

Nome
Indirizzo
Data di ingresso
Eventuale data d'uscita
Eventuale data di trasferimento in una struttura analoga

4. Cause della richiesta della perdita di autosufficienza:

A) Data della prima manifestazione di difficoltà ad effettuare le attività elementari della vita quotidiana:

B) In caso d'infortunio:

Data dell'infortunio

Quali sono i postumi:

.....

.....

C) In caso di malattia:

Diagnosi

Si tratta di una malattia ricorrente

Data della diagnosi

D) Quali sono i trattamenti attuali?

Farmaci

.....

.....

Cure infermieristiche

.....

Trattamenti di fisioterapia/ergoterapia:

.....

Altri

.....

E) C'è possibilità di miglioramento/evoluzione dello stato clinico attuale?

.....

.....

.....

Lo stato clinico attuale può essere considerato consolidato, non evolutivo?

.....

.....

.....

F) L'Assicurato fa uso o ha fatto uso eccessivo di alcolici? NO SI

In caso affermativo quanto e da quando

Lo stato di non autosufficienza può essere legato all'eccessivo consumo? NO SI

G) L'Assicurato percepisce una pensione d'invalidità o una pensione per inabilità permanente o un anticipo di pensione per ragioni di salute NO SI

In caso affermativo indicare il tipo di pensione

da quando

Grado di invalidità%

5. Fornire la storia medica progressa dell'Assicurato: eventuali malattie fisiche/mentali ed infortuni

Diagnosi esatta	Data della diagnosi	Tipo di trattamento medico ed eventuale durata	Postumi

6 Descrizione dettagliata delle deficienze dei vari apparati:

A) APPARATO LOCOMOTORE:

Arto superiore (AS)
Arto inferiore (AI)

parte dominante:
parte dominante:

destra sinistra
destra sinistra

Eventuali protesi:

Paralisi: ASD ASS AID AIS emicorpo
Paresie: ASD ASS AID AIS emicorpo

B) APPARATO RESPIRATORIO:

Elementi clinici: broncorrea affaticamento ipertensione polmonare dispnea

Elementi paraclinici: EFR
(EFR: esplorazione funzionale respiratoria)

C) APPARATO CARDIOVASCOLARE:

Elementi clinici: stato anginoso
stato disпноico

Elementi paraclinici:
Data e risultati dell'ultimo ECG
.....
.....
.....

D) APPARATO VISIVO:

Visus (dopo correzione ed espressa in 1/10): OD OS

E) APPARATO AUDITIVO:

F) APPARATO DIGESTIVO:

G) APPARATO ENDOCRINOLOGICO:

H) APPARATO URINARIO:

I) APPARATO EMATOPOIETICO ED IMMUNITARIO:

K) QUADRO NEURO-PSICHIATRICO

DA COMPILARE SOLAMENTE IN CASO DI DEMENZA SENILE O PRESENILE INVALIDANTE

Risultati dei test psicoattitudinali:

MMS:

Altri:

	SI	NO	Gravità 1: lieve 2: media 3: severa		
Idee deliranti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3
Allucinazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3
Agitazione/Aggressività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3
Depressione/ Disforia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3
Ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3
Apatia/Indifferenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3

Valutazione dei disturbi:			
	Nessuna difficoltà	Difficoltà moderata	Grave difficoltà
Parlare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percepire il suono delle parole e valutazione a comprendere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientarsi all'interno della propria dimora abituale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricordarsi gli avvenimenti recenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricordarsi gli avvenimenti passati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Valutazione del livello di autosufficienza

Quali delle seguenti attività l'Assicurato è/non è in grado di svolgere?

A) Lavarsi:

L'Assicurato è in grado di mantenere una corretta igiene personale: capacità di farsi il bagno o la doccia o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo? Ciò implica che l'Assicurato è in grado di lavarsi dalla testa ai piedi in modo da mantenere, anche in caso d'incontinenza, un livello soddisfacente d'igiene personale, spontaneamente e senza l'aiuto di una terza persona.

Tutto da solo, facilmente NO SI
 Tutto da solo, con difficoltà NO SI
 Con un'assistenza parziale per qualche parte del corpo NO SI
 Nonostante l'utilizzo di ausili specifici, l'Assicurato dipende interamente dall'assistenza di una terza persona per la totalità della sua igiene personale NO SI

Note aggiuntive

.....

.....

.....

B) Vestirsi

L'Assicurato è in grado di vestirsi?
 Capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo d'indumento compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato/a senza l'assistenza di una terza persona. La capacità di allacciarsi/ slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante per la valutazione.

Tutto da solo, facilmente NO SI
 Tutto da solo, con difficoltà NO SI
 Con un'assistenza parziale per indossare, togliere, allacciare o slacciare alcuni vestiti. NO SI
 Nonostante l'utilizzo di ausili specifici, l'Assicurato dipende interamente dall'assistenza di una terza persona per vestirsi e spogliarsi. NO SI

Note aggiuntive

.....

.....

.....

C) Alimentarsi

L'Assicurato è in grado di alimentarsi?

Capacità di mangiare e bere autonomamente cibo preparato da terzi. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo senza l'aiuto di una terza persona.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Tutto da solo, facilmente | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Tutto da solo, con difficoltà | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| L'Assicurato necessita un'assistenza parziale, per esempio per tagliare il cibo | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Nonostante l'utilizzo di ausili specifici, l'Assicurato dipende interamente dall'assistenza di una terza persona per alimentarsi | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

Note aggiuntive

.....

.....

.....

D) Spostamento/Deambulazione

L'Assicurato è in grado di spostarsi nella propria dimora abituale?

Capacità di alzarsi da una sedia o dal letto e viceversa o di spostarsi da una sedia al letto e viceversa anche con l'aiuto di ausili specifici senza l'aiuto di una terza persona.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Tutto da solo, facilmente | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Tutto da solo, con difficoltà o con ausili specifici (bastone, stampelle, deambulatore, carrozzina,...) | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Con l'assistenza per certi spostamenti, per esempio fare un paio di passi, scendere dal letto, alzarsi da una sedia. | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Nonostante l'utilizzo di ausili specifici, l'Assicurato dipende interamente dall'assistenza di una terza persona per tutti gli spostamenti all'interno della propria dimora. | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

Note aggiuntive

.....

.....

.....

Data Firma e timbro