

**FONDO UNICO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DI NON  
AUTOSUFFICIENZA DEI DIPENDENTI DEL SETTORE ASSICURATIVO**

**CERTIFICATO ATTESTANTE LA PERDITA DI  
AUTOSUFFICIENZA  
(Modello 1)**

**RELAZIONE DEL MEDICO**

**Dott.** \_\_\_\_\_

**N.B. – Si prega di scrivere molto CHIARO, rispondendo in forma PARTICOLAREGGIATA ed ESAURIENTE a TUTTE le domande.**

**Cognome e Nome dell'affiliato/ beneficiario:** \_\_\_\_\_ **nato/a il**

**residente a** \_\_\_\_\_ **in via** \_\_\_\_\_ **prov.** \_\_\_\_\_

**cap** \_\_\_\_\_ **telefono** \_\_\_\_\_ **età (anni)** \_\_\_\_\_

DOMANDE DELLA SOCIETA'	RISPOSTE DEL MEDICO
1. a. E' il medico curante dell'affiliato/ beneficiario? b. Da quando?	1. a..... ..... b. ....
2. a. A quando risale l'ultima visita all'affiliato/ beneficiario? b. Quale ne era la causa?	2. a..... ..... b. ....
3. E' parente dell'affiliato/ beneficiario? Se sì, di quale grado?	3. ....
4. a. L'affiliato/ beneficiario ha sofferto in passato di malattie o disturbi clinicamente rilevanti? Se sì, quando? b. Quale ne fu la durata e la terapia praticata? c. Sono residuati postumi?	4. a..... ..... b. .... c. ....
5. a. L'affiliato/ beneficiario è mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero? b. In che occasione e per quale motivo?	5. a. .... b. ....
6. a. E' a Sua conoscenza che l'affiliato/ beneficiario abbia consultato altri medici? Quali medici? b. Quando e per quali malattie?	6. a. .... b..... .....
7. a. Ha mai subito interventi chirurgici? b. Per quale ragione? c. Infortuni clinicamente rilevanti?	7. a. .... b. .... c. ....

8. Sono residuati sintomi o deficit funzionali?	8. ....
9. a. L'affiliato/ beneficiario ha seguito una terapia che comporta assunzione di farmaci? Se sì, che tipo di farmaci? b. Ne fa ancora uso?	9. a. .... b. ....
10. L'affiliato/ beneficiario è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo?	10. ....
11. L'affiliato/ beneficiario necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	11. ....
12. L'affiliato/ beneficiario necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno?	12. ....
13. L'Affiliato/ beneficiario è in grado di vestirsi e di svestirsi in modo completamente autonomo?	13. ....
14. L'Affiliato/ beneficiario necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?	14. ....
15. L'Affiliato/ beneficiario necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?	15. ....
16. L'Affiliato/ beneficiario è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2), e (3): (1) andare al bagno? (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi? (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno?	16.....  (1)..... (2)..... (3).....
17. L'Affiliato/ beneficiario necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	17. ....
18. L'Affiliato/ beneficiario necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	18. ....
19. L'Affiliato/ beneficiario è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	19. ....

20. L'Affiliato/ beneficiario necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle?E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto?	20. .... ..... ..... ..... .....
21. L'Affiliato/ beneficiario necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi?	21. .... ..... .....
22. L'Affiliato/ beneficiario è completamente continente?	22. .... .....
23. L'Affiliato/ beneficiario presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	23. .... .....
24. L'Affiliato/ beneficiario è completamente incontinente? Vengono utilizzati aiuti tecnici? Se si, quali?	24. .... ..... .....
25. L'Affiliato/ beneficiario è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	25. .... ..... .....
26. L'Affiliato/ beneficiario necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività preparatorie: <ul style="list-style-type: none"><li>• Sminuzzare/tagliare il cibo;</li><li>• Sbucciare la frutta;</li><li>• Aprire un contenitore/una scatola;</li><li>• Versare bevande nel bicchiere;</li></ul>	26. <ul style="list-style-type: none"><li>• .....</li><li>• .....</li><li>• .....</li><li>• .....</li></ul>
27. L'Affiliato/ beneficiario non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	27. .... ..... ..... .....
28. L'Affiliato/ beneficiario vive da solo? Con familiari/altre persone	28. .... .....
29. L'Affiliato/ beneficiario vive con familiari/altre persone?	29. .... .....
30. Dove vive l'Affiliato/ beneficiario (appartamento, casa, ecc.) ? A che piano? C'è l'ascensore? Lo usa abitualmente?	30. .... .....
31. L'Affiliato/ beneficiario presenta condizioni generali di salute Buone, Ottime o Scadenti?	31. .... ..... .....

<p>32. L'affiliato/ beneficiario è in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fare la spesa?</li> <li>b. Guidare l'automobile?</li> <li>c. Fare pulizia?</li> <li>d. Maneggiare denaro?</li> <li>e. Praticare i suoi hobbies?</li> <li>f. Svolgere attività sportiva?</li> <li>g. Seguire correttamente una terapia medica?</li> <li>h. Telefonare?</li> </ul>	<p>32.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. ....</li> <li>b. ....</li> <li>c. ....</li> <li>d. ....</li> <li>e. ....</li> <li>f. ....</li> <li>g. ....</li> <li>h. ....</li> </ul>
<p>33. Esiste qualche anomalia manifesta delle capacità cognitive (pensiero, orientamento, giudizio, ricordi)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Esito Test Memoria Recente</li> <li>b. Esito Test Stato Mentale</li> </ul>	<p>33. ....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. ....</li> <li>b. ....</li> </ul>

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Il Medico Curante**

\_\_\_\_\_  
**(firma e timbro)**

\_\_\_\_\_  
**(domicilio)**