



## Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 centro

Distretto 25

CURE DOMICILIARI

Cognome e Nome ..... nato/a il .....

Patologie Prevalenti .....

LIVELLO DI FRAGILITA'

### VITA QUOTIDIANA / AUTONOMIA

- AUTONOMO
- PARZIALMENTE DIPENDENTE
- TOTALMENTE DIPENDENTE

### MOBILITA'

- SI SPOSTA DA SOLO
- SI SPOSTA ASSISTITO
- NON SI SPOSTA

### DISTURBI COGNITIVI

- ASSENTI/LIEVI
- PRESENTI/MODERATI
- PRESENTI/ GRAVI

### DISTURBI COMPORTAMENTALI

- ASSENTI/LIEVI
- PRESENTI/MODERATI
- PRESENTI/ GRAVI

### PRESENZA AREA SOCIALE

- PRESENZA
- PARZIALE E/O TEMPORANEA
- ASSENZA

VALUTAZIONE DEL ..... MMG/PLS .....