




<b>STATO DI COSCIENZA</b>	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
<b>Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale</b>	..... .....			
<b>Deterioramento cognitivo</b>	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato		<input type="checkbox"/> grave
<b>Comprensione ordini semplici</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Disturbi del comportamento</b>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati		<input type="checkbox"/> gravi
 <b>Specificare</b>	..... ..... .....			

### ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	<b>Indipendente</b>	<b>Parzialmente Dipendente</b>	<b>Totalmente Dipendente</b>	
<b>Capacità di fare il bagno</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Capacità di vestirsi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Uso dei servizi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Continenza Sfinterica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Capacità di alimentarsi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Cammina</b>	<input type="checkbox"/> <b>da solo</b>	<input type="checkbox"/> <b>con aiuto</b>	<input type="checkbox"/> <b>protesi-ausili</b>	<input type="checkbox"/> <b>usa carrozzella</b>
<b>Allettato</b>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se sì, specificare da quanto tempo	mesi .....	anni .....

### SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

<b>Abitazione</b>	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
<b>Vive solo</b>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
<b>Supporto familiare/caregiver</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

<b>E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?</b>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
 <b>Con quali risultati?</b>	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Nullo

<b>Attuale capacità di collaborazione ad interventi riabilitativi</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
<b>Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

**Struttura inviante**

**In fede**



(timbro e firma del Medico)

Luogo e data , .....