

**REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA**  
**AZIENDA SANITARIA INTEGRATA DI UDINE**  
 DISTRETTO SANITARIO DI UDINE – VIA SAN VALENTINO, 20 - 33100 Udine  
 SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE  
 B.I.N.A.

Cognome..... Nome..... Sesso M F

Nat... il..... a..... residente a .....

VALUTAZIONE U.V.D. EFFETTUATA PRESSO (per gli accolti in Casa di Riposo va segnalata la sede di provenienza dell'anziano)

- ABITAZIONE       DISTRETTO SANITARIO DI UDINE       R.S.A. ....
- CASA DI RIPOSO .....       ALTRO .....

**PATOLOGIA / DISABILITA' / CONDIZIONE DI DISAGIO PREVALENTE**

1. NEOPLASIE
2. ICTUS
3. DEMENZA
4. TRAUMI E FRATTURE
5. CECITA' E/O SORDITA'
6. M. APP. LOCOMOTORE
7. M. APP. RESPIRATORIO

8. M. APP. GENITOURINARIO
9. DISTURBI PSICHIATRICI
10. GRANDE SENILITA'
11. ASS. RISORSE SOC. e/o FAMIL.
12. DIABETE
13. M. APP. CARDIOVASCOLARE
14. ALTRO (specificare)

**1. MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO**

1.1	NON NECESSARIE	10	6.1	NORMALE	10
1.2	PER ULCERAZIONI E DISTROFIE CUTANEE	30	6.2	DEFICIT CORREGGIBILE CON L'AIUTO DI PROTESI	20
1.3	PER CATETERE A PERMANENZA	40	6.3	GRAVE DEFICIT NON CORREGGIBILE	80
1.4	PER PIAGHE DA DECUBITO	100	6.4	CECITA' E/O SORDITA' COMPLETA	100

**6. DEFICIT SENSORIALI**

**2. NECESSITA' PRESTAZIONI MEDICHE**

2.1	BUONE CONDIZIONI DI SALUTE	10	7.1	CAMMINA AUTONOMAMENTE SENZA AIUTO	10
2.2	NECESSITA' DI CONTROLLI PERIODICI (es. pressione, glicemia, ecc.)	20	7.2	CAMMINA O SI SPOSTA CON L'AIUTO SALTUARIO DI ALTRE PERSONE	30
2.3	NECESSITA' DI CONTROLLI DEL M. SPECIALISTA DI UN CERTO IMPEGNO	40	7.3	SI SPOSTA CON L'AIUTO DI ALTRE PERSONE O CON CARROZZINA	80
2.4	PRESTAZIONI MEDICHE CONTINUATIVE	100	7.4	ALLETTATO DEVE ESSERE ALZATO E MOBILIZZATO	100

**7. MOBILITA'**

**3. CONTROLLO SFINTERICO**

3.1	PRESENTE	10	8.1	TOTALMENTE INDIPENDENTE	10
3.2	INCONTINENZA URINARIA EPISODICA	30	8.2	AIUTO PROGRAMMATO	20
3.3	INCONTINENZA URINARIA PERMANENTE	70	8.3	AIUTO NECESSARIO MA PARZIALE	50
3.4	INCONTINENZA TOTALE	100	8.4	TOTALMENTE DIPENDENTE	100

**8. ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA**

**4. DISTURBI COMPORTAMENTALI**

4.1	ASSENTI	10	9.1	ENTRA ED ESCE LIBERAMENTE DALLA RESIDENZA	10
4.2	DISTURBI DELL'UMORE	50	9.2	SVOLGE PICCOLI LAVORI/MANSIONI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA	30
4.3	DISTURBI DELLA COGNITIVITA'	80	9.3	SVOLGE ATTIVITA' CON L'AIUTO DI ALTRE PERSONE	60
4.4	DISTURBI DELLA COGNITIVITA' CON COMPORTAMENTO DISTURBATO	100	9.4	NON SVOLGE NESSUNA ATTIVITA'	100

**9. ATT. OCCUPAZ. E IMPIEGO TEMPO LIBERO**

**5. FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE**

5.1	NORMALE	10	10.1	HA UN ADEGUATO SUPPORTO DELLA FAMIGLIA	10
5.2	LINGUAGGIO MENOMATO ESPRIME COMUNQUE IL SUO PENSIERO	30	10.2	SUPPORTO DA PARENTI E AMICI	30
5.3	COMPRENDE SOLO ORDINI SEMPLICI NON RIESCE AD ESPRIMERE CON COERENZA IL PROPRIO PENSIERO	70	10.3	SUPPORTO DA PARENTI E AMICI SOLO IN CASO DI BISOGNO	70
5.4	NON COMPRENDE	100	10.4	SUPPORTO SOLAMENTE ISTITUZIONALE	100

**10. STATO DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE**

Items sanitari (1,2,4) \_\_\_\_\_

Items assistenziali (3,5,6,7,8,9,10) \_\_\_\_\_

TOTALE \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_