

# PERSEMPRE di Alleanza

## REFERTO MEDICO DI SINISTRO VALUTAZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

Il presente questionario deve essere compilato dal Medico curante. Rispondere ad ogni domanda con SI o NO ed aggiungere, eventualmente, i dettagli richiesti.

### ASSICURATO

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Per le donne indicare il cognome da nubile

Data di nascita | | | | | | | | | |

Indirizzo \_\_\_\_\_

Professione (ultima professione svolta) \_\_\_\_\_  full time  part time

Professione precedente (eventuale) \_\_\_\_\_

1	SI	NO	Precisazioni:
L'Assicurato/a vive da solo/a o in coppia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'Assicurato/a vive presso il suo domicilio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'Assicurato abita presso parenti o amici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'Assicurato risiede in un istituto (casa di riposo, case di cura di lungodegenza, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### AFFEZIONE INVALIDANTE

2 **Diagnosi** esatta dell'affezione che ha provocato lo stato di invalidità: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 **Data di insorgenza dei primi sintomi:** | | | | | | | | | |

4 L'**invalidità** è assoluta ed irreversibile?  NO  SI Se sì, **da quando:** | | | | | | | | | |  
L'affezione è:  stabilizzata  regressiva  impossibile stabilirne lo stato attuale

5 **Diagnosi associata** all'affezione invalidante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6 Data di **cessazione dell'attività lavorativa** (per gli Assicurati che svolgevano una professione al momento della sottoscrizione): | | | | | | | | | |  
Date e cause dei **ricoveri in ospedale** di durata superiore a 3 settimane negli ultimi 5 anni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**STATO ATTUALE**

7 Indicare: altezza \_\_\_\_\_ cm e peso \_\_\_\_\_ kg.

**8 SPOSTARSI**

da solo

con aiuto (\*)

L'Assicurato/a riesce a svolgere le seguenti attività:

- spostarsi in casa su una superficie piana
- spostarsi all'esterno della casa

(\*) qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità; se si tratta di un aiuto materiale (bastone, deambulatore, sedia a rotelle, ... ) o di una terza persona:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9 MUOVERSI**

da solo

con aiuto (\*)

L'Assicurato/a riesce a svolgere le seguenti attività:

- passare dalla posizione coricata a quella seduta
- passare dalla posizione seduta a quella eretta
- spostarsi dal letto alla poltrona
- rialzarsi in caso di caduta

(\*) qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità; se si tratta di un aiuto materiale (bastone, deambulatore, sedia a rotelle, ... ) o di una terza persona:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10 VESTIRSI-SVESTIRSI**

da solo

con aiuto (\*)

L'Assicurato/a riesce a vestirsi, svestirsi:

- dalla vita in su
- dalla vita in giù
- togliere e mettere le scarpe
- togliere e mettere le calzature ortopediche
- togliere e mettere una protesi

(\*) qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11 ALIMENTARSI**

da solo

con aiuto (\*)

L'Assicurato/a riesce a svolgere le seguenti attività:

- bere da una tazza o da un bicchiere
- tagliare gli alimenti preparati
- sbucciare la frutta
- portare i cibi e le bevande alla bocca
- inghiottire

(\*) qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12 IGIENE PERSONALE**

da solo

con aiuto (\*)

L'Assicurato/a riesce a svolgere le seguenti attività:

- lavarsi dalla vita in su
- lavarsi dalla vita in giù
- radersi
- pettinarsi
- lavarsi i denti

(\*) qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**13 CONTINENZA**L'Assicurato/a è:  continente  incontinente (\*)

(\*) qualora ci sia incontinenza, precisarne il tipo (urinaria, fecale o entrambe), se si tratta di uno stato permanente od occasionale, se si utilizzano ausili appropriati (pannolini, cateteri, ... ):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14 COMUNICAZIONE E COMPORTAMENTO**

NB: Se la non autosufficienza è legata ad uno stato di demenza, tale stato dovrà essere valutato con il MiniMental Test di Folstein

L'Assicurato/a è in grado di comunicare in caso di necessità?

Precisare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il comportamento dell'Assicurato/a è:  normale  aggressivo  depresso  apatico

Precisare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le attività nominate precedentemente (alimentazione, vestirsi-svestirsi, igiene personale, ...) devono essere stimolate o sono spontanee, coordinate?

Precisare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stato di coscienza dell'Assicurato/a:  normale  disorientamento temporo-spaziale  
 torpore  agitazione (diurna, notturna)  coma

Precisare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15 TRATTAMENTI:**  medici  chirurgici  kinesiterapia  altro

Precisare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/La paziente deve seguire terapia:  orale  iniettiva ( IM  IV)  flebo ripetitive  
 flebo continue  ossigeno  aerosol  altro

Precisare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**16** Commenti del Medico curante sullo stato di salute dell'Assicurato/a:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'Assicurato è pregato di inviare al Medico curante, in forma strettamente confidenziale, i vari documenti sanitari in suo possesso che potrebbero facilitare la valutazione del sinistro.

Il sottoscritto / La sottoscritta \_\_\_\_\_ in qualità di Medico curante del Sig./della Sig.ra \_\_\_\_\_ certifica che i dati forniti sopra sono esatti.

Luogo \_\_\_\_\_ Data | | | | | | | | | |

**Firma e timbro del Medico**