

Indicazione per l'ergoterapia in geriatria

Dati personali :

Cognome		Data di nascita	
Nome		Data di ammissione in CPA No. di camera	
Indirizzo			
Diagnosi medica			

Indicato/a in ergoterapia per:

- Valutazione Trattamento ergo terapeutico
- Valutazione e istruzione all'uso di ortesi, mezzi ausiliari,
adattamenti o adattamenti dell'ambiente: _____

La persona riscontra disturbi a livello:

- Motorio (Motricità globale e fine, forza, coordinazione, equilibrio statico e dinamico...)
- Percettivo (Schema corporeo, percezione visuo-spaziale, riconoscimento dell'ambiente, ...)
- Sensoriale (Tatto, vista, vestibolare, propriocezione, udito, gusto, olfatto,...)
- Cognitivo (Memoria, attenzione/concentrazione, orientamento spazio-temporale, capacità di pianificazione, organizzazione, soluzione di problemi, capacità di analisi, fasie, prassie, gnosie ...)
- Psicoaffettivo (Stima di sé, ansia, umore, motivazione, autocontrollo, comportamento, sopportazione delle frustrazioni ...)
- Sociale (comunicazione verbale e non verbale, collaborazione, ruoli, interazione, ...)

Che causano un problema a livello di:

- Cura di sé (lavarsi, vestirsi/sgestirsi, mangiare, bere,...)
- Produttività/lavoro (organizzazione della giornata, attività lavorative, scrivere,...)
- Tempo libero (hobby, interessi, sport, attività creative, manuali, telefonare, ...)
- Mobilità funzionale (trasferimenti, posizionamenti,)

Tipo di trattamento:

- Individuale Di/in gruppo Individuale e di gruppo

Osservazioni:.....
.....

Data:

Firma del medico: