



centrelink

HPA

Health Professional Assessment

Fill in this page only and sign on page 2, make an appointment for your partner and give this assessment to the health professional to complete.

Compili questa pagina soltanto e firmi a pagina 2, fissi un appuntamento per il Suo partner e consegnhi questo modulo di accertamento all'operatore sanitario perché lo compili.

STEP 1 Your details
Le Sue generalità

Title (e.g. Mr, Mrs, Miss, Ms, Dr)

Titolo (es., Sig., Sig.ra, Dott.)

Family name

Cognome

First given name

Nome

Maiden name and other given name(s)

Altri nomi

Date of birth

Data di nascita

 / /

Contact phone number

Telefonico

 ()

STEP 2 Your partner's details
Generalità del partner

Title (e.g. Mr, Mrs, Miss, Ms, Dr)

Titolo (es., Sig., Sig.ra, Dott.)

Family name

Cognome

First given name

Nome

Maiden name and other given name(s)

Cognome da nubile e altri nomi

Date of birth

Data di nascita

 / /

STEP 3 IMPORTANT INFORMATION
IMPORTANTI INFORMAZIONI

Privacy and your personal information

Your personal information is protected by law (including the *Privacy Act 1988*) and is collected by the Australian Government Department of Human Services for the assessment and administration of payments and services. This information is required to process your application or claim.

Your information may be used by the department, or given to other parties where you have agreed to that, or where it is required or authorised by law (including for the purpose of research or conducting investigations).

You can get more information about the way in which the department will manage your personal information, including our privacy policy, at humanservices.gov.au/privacy

La privacy e i dati personali che La riguardano

I Suoi dati personali sono tutelati dalla legge (tra cui la *Privacy Act 1988*) e vengono raccolti dal Department of Human Services del governo australiano ai fini dell'accertamento e della gestione di prestazioni pecuniarie e servizi. Tali dati sono necessari per evadere le Sue pratiche o le Sue domande.

I Suoi dati potrebbero essere usati dal Department o trasmessi a parti terze previo il Suo consenso oppure nei casi in cui è la legge a richiederlo o autorizzarlo (anche ai fini di ricerca o indagini).

Può ottenere maggiori informazioni sul modo in cui il Department gestirà i Suoi dati personali e consultare la nostra politica in materia di privacy sul sito humanservices.gov.au/privacy

(continued) See next page

(Continua) Cfr. la pagina successiva



CLK0AUS156ITa1806

(continued) Authorisation for release of medical details by **your partner**

(Continua) Autorizzazione al rilascio di particolari medici ad opera **del Suo partner**

- I give permission for medical details and clinical notes about me to be supplied to the Australian Government Department of Human Services.
- I understand that the assessment will be used to assist in assessing a claim for Carer Payment by my partner and may need to be released to my partner by the Australian Government Department of Human Services.
- Autorizzo il rilascio della documentazione clinica e dei dati sanitari che mi riguardano al Department of Human Services del governo australiano.
- Prendo atto che l'accertamento verrà utilizzato ai fini del vaglio della domanda di sussidio per accompagnatori (Carer Payment) presentata dal mio partner e che potrebbe essere rilasciato al mio partner dal Department of Human Services del governo australiano.

Partner's signature
Firma del partner



Date
Data

/ /

STEP 4

Assessment completion
Compilazione del modulo di accertamento

Answer no more questions.

Give this assessment to the health care professional who treats your partner to complete.

The health professional will probably prefer to complete this Health Professional Assessment after examining your partner to make sure the information provided is up to date. It is best if you let the health professional or receptionist know that you need a form completed when you make an appointment.

Non risponda ad altre domande.

Consegna questo modulo all'operatore sanitario che ha in cura il Suo partner che provvederà a compilarlo.

L'operatore sanitario probabilmente preferirà compilare questo "modulo di accertamento da parte dell'operatore sanitario" dopo avere visitato il Suo partner per sincerarsi che le informazioni fornite siano aggiornate. Quando fissa un appuntamento, Le conviene informare l'operatore sanitario o il personale della reception che deve fare compilare un modulo.

Instructions for the health professional

Istruzioni per il sanitario

About Carer Payment

Carer Payment may be paid under Australian social security law to eligible people who personally provide constant care for a disabled adult on a daily basis in that person's home or in hospital.

Informazioni sul sussidio per accompagnatori

Il sussidio per accompagnatori è liquidabile ai sensi della legislazione australiana sulla sicurezza sociale a favore di persone idonee che quotidianamente prestano assistenza continua ad adulti disabili presso il domicilio di questi ultimi o in un ambiente ospedaliero.

Why a health professional assessment is needed

The health professional assessment is needed to determine if the applicant meets the legislative requirements to be eligible for Carer Payment.

The information required for this purpose is:

- whether the person being cared for has a severe disability or handicap; **and**
- whether, as a result of that disability, the person needs personal care and attention or constant supervision on a daily basis; **and**
- whether the person is likely to need care and attention or constant supervision permanently or for an extended period (as a guide, more than 6 months unless the person has a terminal illness and expected to live for 3 months or less).

For Carer Payment purposes, 'personal care and attention' refers specifically to the assistance required with routine personal activities such as eating, dressing, hygiene or mobility, but not assistance with everyday domestic tasks such as housekeeping, gardening, shopping etc. The care would be required frequently each day and the carer will generally be unable to undertake full-time or substantial employment.

Perché occorre una perizia sanitaria

La perizia sanitaria è necessaria per stabilire se il/la richiedente soddisfa le condizioni stabilite dalla legge ai fini dell'idoneità a percepire un sussidio per accompagnatori.

I dati richiesti allo scopo devono stabilire:

- se la persona richiedente assistenza è gravemente invalida o portatrice di una grave invalidità, **e**
- se, in seguito alla causa invalidante, la persona richiede quotidianamente cure, assistenza personale e supervisione continua, **e**
- se la persona probabilmente necessiterà di cure, assistenza e supervisione continua a tempo indefinito o per un lungo periodo (per es., più di 6 mesi eccetto nel caso di patologie terminali con prognosi di tre mesi o meno).

Ai fini del sussidio per accompagnatori, per "cure e assistenza" si intende specificatamente che la persona necessita di assistenza per compiere i comuni atti della vita tipo alimentarsi, vestirsi, prendersi cura della propria igiene e muoversi autonomamente, ma non si intende l'assistenza nelle faccende domestiche tipo la pulizia, la cura del giardino, fare la spesa ecc. Il bisogno di assistenza dev'essere frequente ogni giorno per cui chi presta assistenza di norma non sarebbe in grado di intraprendere un'attività lavorativa a tempo pieno o di entità significativa.

Assessing the level of disability

The Department of Human Services will use the information provided by you (along with information from the applicant) to determine the person's ability to function independently.

This form is also used to assess cognitive impairment of the person receiving the care.

This is an oral test.

Valutazione del grado di inabilità

Il Department of Human Services userà i dati da Lei forniti (come pure i dati forniti dal richiedente) per stabilire il grado di autonomia del diretto interessato.

Il modulo è impiegato anche ai fini di stabilire il deficit cognitivo della persona richiedente l'assistenza. Questa valutazione viene condotta oralmente.

Who CAN complete this assessment

This assessment must be completed by a medical practitioner, registered nurse, occupational therapist or physiotherapist currently involved with the treatment of the person.

Chi PUÒ compilare il modulo

Il modulo di accertamento può essere compilato dal medico, dal personale infermieristico abilitato, dall'ergoterapeuta o dal fisioterapista che attualmente prestano terapie alla persona interessata.

Who CANNOT complete this assessment

This assessment cannot be completed by:

- the person claiming the payment;
- an immediate family member of the person claiming a payment; **or**
- an immediate family member of the person being cared for.

Chi NON PUÒ compilare il modulo

Il modulo non può essere compilato da:

- chi ha presentato la domanda ai fini della prestazione
 - un familiare stretto di chi ha presentato la domanda ai fini della prestazione, **e**
 - un familiare stretto della persona che necessita di assistenza.
-

Please return this completed form to the carer.

Riconsegna questo modulo debitamente compilato all'accompagnatore.

About the person receiving care

Dati sulla persona che riceve assistenza

1 Does the person have physical, intellectual or psychiatric disabilities?
Il paziente è affetto da un'infermità di natura fisica, intellettiva o psichiatrica?

physical
fisica

intellectual
Intellettiva

psychiatric
psichiatrica

2 Does the disability/medical condition result in the need for constant care on a daily basis to carry out routine personal activities?
L'infermità/patologia comporta la necessità di assistenza continua ogni giorno per compiere i comuni atti della vita?

NO
No

Yes
Sì

3 Does the disability/medical condition result in the need for constant care on a daily basis because the person requiring care may be a risk to themselves or to another?
L'infermità/patologia comporta la necessità di assistenza continua ogni giorno perché la persona richiedente assistenza potrebbe costituire un rischio per sé o per altri?

NO
No

Yes
Sì

4 Does the disability/medical condition result in the need for constant care on a daily basis from more than one person?
L'infermità/patologia comporta la necessità di assistenza continua ogni giorno da parte di più di una persona?

NO
No

Yes
Sì

5 Which of the following best describes this person's condition?
Qual è la descrizione che piú si addice alle condizioni di salute della persona?

permanent ▶
permanente

Is the person's overall condition likely to improve?
Si prevede un miglioramento delle condizioni generali della persona?
No Yes
No Sí

temporary ▶
temporanea

For how long do you expect this person's condition to continue?
Per quanto tempo si prevede che dureranno le attuali condizioni della persona?

12 months or more ▶ Go to **Question 6** on page 6
12 mesi o oltre Passi alla **domanda n. 6**

6-11 months ▶ Go to **Question 6** on page 6
6-11 mesi Passi alla **domanda n. 6**

less than 6 months ▶ You do not have to complete any more medical details about this person.
meno di 6 mesi
Go to **Question 12** on page 15.
Non si richiedono altri dati sanitari.
Passi alla **domanda n. 12** a pagina 15

terminal ▶
terminale

Is the person in the terminal phase of a terminal illness and not expected to live for more than 3 months?
La persona è nella fase terminale di una patologia terminale e non si prevede che viva piú di 3 mesi?

No ▶ Go to **Question 6**
No Passi alla **domanda n. 6**

Yes ▶ What is the person's main condition?
Sì Specificare la patologia primaria della persona.

<p><i>A legally qualified medical practitioner must certify this person's condition.</i> <i>Le condizioni della persona devono essere confermate da un sanitario</i></p> <p>Details of medical practitioner Dati del sanitario</p> <p>Name Nome</p> <input type="text"/>
<p>Professional qualifications Titoli professionali</p> <input type="text"/>
<p>Contact phone number Telefono</p> <input type="text"/>

▶ You do not have to complete any more medical details about this person.
Go to **Question 12** on page 15.
Non si richiedono altri dati sanitari.
Passi alla **domanda n. 12** a pagina 15

6 Please indicate any condition(s) which you believe contributes significantly to the person's disability:
 Si prega di specificare tutte le patologie che a Suo avviso contribuiscono in modo significativo alle condizioni invalidanti della persona:

a Cardiovascular Apparato cardiovascolare	Hypertension Ipertensione	<input type="checkbox"/> OCS
	Ischaemic heart disease Cardiopatìa ischemica	<input type="checkbox"/> CAD
	Myocardial infarction Infarto al miocardio	<input type="checkbox"/> MYI
	Peripheral vascular disease Vasculopatia periferica	<input type="checkbox"/> PVD
	Other (please specify) Altro (si prega di specificare)	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
b Musculo-Skeletal Apparato muscoloscheletrico	Fracture Frattura	<input type="checkbox"/> FRC
	Joint replacement Artroprotesi	<input type="checkbox"/> OAR
	Osteoarthritis Osteoartrite	<input type="checkbox"/> OST
	Osteoporosis Osteoporosi	<input type="checkbox"/> OSO
	Rheumatoid arthritis Artrite reumatoide	<input type="checkbox"/> RHM
	Malignancy of the musculo-skeletal system Malattia dell'apparato muscoloscheletrico a decorso maligno	<input type="checkbox"/> BON
	Other (please specify) Altro (si prega di specificare)	<input type="checkbox"/>

(continued) Please indicate any condition(s)
which you believe contributes significantly
to the person's disability:

(Continua) Si prega di indicare le patologie
che secondo Lei contribuiscono in modo
significativo all'infermità della persona:

c Neurological
Apparato nervoso

- | | | |
|--|--------------------------|-----|
| Behavioural disorder – Autism
Disturbi comportamentali – Autismo | <input type="checkbox"/> | AUT |
| Behavioural disorder – Attention Deficit Hyperactivity Disorder
Disturbi comportamentali – Sindrome da deficit di attenzione e iperattività | <input type="checkbox"/> | ADD |
| Behavioural disorder – other (please specify)
Disturbi comportamentali – altro (si prega di specificare) | <input type="checkbox"/> | |
| Cerebral palsy
Paralisi cerebrale | <input type="checkbox"/> | CER |
| Cerebrovascular accident – aphasia
Episodio cerebrovascolare – afasia | <input type="checkbox"/> | CLS |
| Cerebrovascular accident – hemiplegia
Episodio cerebrovascolare – emiplegia | <input type="checkbox"/> | HPP |
| Dementia – Alzheimer's disease
Demenza – Morbo di Alzheimer | <input type="checkbox"/> | ALZ |
| Dementia – other
Demenza – altro | <input type="checkbox"/> | SEN |
| Epilepsy – grand mal
Epilessia – tipo grande male | <input type="checkbox"/> | EGM |
| Epilepsy – myoclonic
Epilessia – mioclonica | <input type="checkbox"/> | EMY |
| Epilepsy – petit mal
Epilessia – tipo piccolo male | <input type="checkbox"/> | EAS |
| Head injury, acquired brain injury
Trauma cranico, cerebropatia acquisita | <input type="checkbox"/> | TBI |
| Intellectual disability/mental retardation
Deficit intellettivo, ritardo mentale | <input type="checkbox"/> | LIQ |
| Motor neurone disease
Atrofia muscolare spinale progressiva | <input type="checkbox"/> | MND |
| Multiple sclerosis
Sclerosi multipla | <input type="checkbox"/> | MSC |
| Paralysis – Paraplegia
Paralisi, paraplegia | <input type="checkbox"/> | PRP |
| Paralysis – Quadriplegia
Paralisi – tetraplegia | <input type="checkbox"/> | QPP |
| Parkinson's disease
Morbo di Parkinson | <input type="checkbox"/> | PAR |
| Spina bifida
Spina bifida | <input type="checkbox"/> | SPB |
| Huntington's chorea
Malattia di Huntington | <input type="checkbox"/> | HUN |
| Malignancy of the neurological system
Malattia dell'apparato nervoso a decorso maligno | <input type="checkbox"/> | BRN |
| Other (please specify)
Altro (si prega di specificare) | <input type="checkbox"/> | |

(continued) Please indicate any condition(s) which you believe contributes significantly to the person's disability:

(Continua) Si prega di indicare le patologie che secondo Lei contribuiscono in modo significativo all'infermità della persona:

d Psychiatric Patologie di natura psichiatrica	Anxiety disorders Ansiopatie	<input type="checkbox"/> ANX
	Mood disorders (including depression) Disturbi del tono dell'umore (incl. la s. depressiva)	<input type="checkbox"/> DPN
	Schizophrenia Schizofrenia	<input type="checkbox"/> SCH
	Other (please specify) Altro (si prega di specificare)	<input type="checkbox"/>
e Respiratory Patologie di natura respiratoria	Asthma Asma	<input type="checkbox"/> AST
	Chronic airways disease – chronic bronchitis Broncopneumopatia cronica ostruttiva - bronchite cronica	<input type="checkbox"/> BRO
	Chronic airways disease – emphysema Broncopneumopatia cronica ostruttiva – enfisema	<input type="checkbox"/> EMP
	Chronic airways disease – other (please specify) Broncopneumopatia cronica ostruttiva – altro (si prega di specificare)	<input type="checkbox"/>
	Malignancy of the respiratory system Patologia dell'apparato respiratorio a decorso maligno	<input type="checkbox"/> LNG
	Other (please specify) Altro (si prega di specificare)	<input type="checkbox"/>
f Sensory Patologie dell'apparato sensorio	Blindness Cecità	<input type="checkbox"/> BLB
	Blindness – cataracts Cecità – cataratta	<input type="checkbox"/> CAT
	Blindness – glaucoma Cecità – glaucoma	<input type="checkbox"/> GLA
	Deaf – blindness Sordità con cecità	<input type="checkbox"/> DFB
	Deafness or hearing disorder Sordità o disturbo uditivo	<input type="checkbox"/> CHL
	Other (please specify) Altro (si prega di specificare)	<input type="checkbox"/>

(continued) Please indicate any condition(s) which you believe contributes significantly to the person's disability:

(Continua) Si prega di indicare le patologie che secondo Lei contribuiscono in modo significativo all'infermità della persona:

g Other diseases/disorders
Altre patologie o disturbi

- | | | |
|---|--------------------------|-----|
| Alcohol dependence
Alcolismo | <input type="checkbox"/> | ALC |
| Autoimmune disease (e.g. SLE)
Malattia autoimmune (es., lupus eritematoso sistemico) | <input type="checkbox"/> | LPS |
| Blood disorder – haemophilia
Patologie ematiche – emofilia | <input type="checkbox"/> | HAE |
| Blood disorder – leukaemia
Patologie ematiche – leucemia | <input type="checkbox"/> | ALK |
| Cystic fibrosis
Fibrosi cistica | <input type="checkbox"/> | CYS |
| Diabetes mellitus – insulin dependent
Diabete mellito – insulinodipendente | <input type="checkbox"/> | IDD |
| Diabetes mellitus – non-insulin dependent
Diabete mellito – non insulinodipendente | <input type="checkbox"/> | NID |
| Drug dependence
Tossicodipendenza | <input type="checkbox"/> | DRG |
| HIV/AIDS
Hiv/Aids | <input type="checkbox"/> | HV4 |
| Malignancy (please specify)
Patologia a decorso maligno (si prega di specificare) | <input type="checkbox"/> | |
| Renal failure
Insufficienza renale | <input type="checkbox"/> | KID |
| Other disorder not listed (please specify)
Altre patologie non ancora menzionate (si prega di specificare) | <input type="checkbox"/> | |

Please give the codes for the two conditions at Question 6 (e.g. BRO) you believe most contribute to the person's level of disability:

--	--	--	--	--	--

If a code does not appear next to the appropriate condition, please initial the condition.

Si prega di riportare i codici di cui alla domanda n. 6 (es., BRO) delle due patologie che secondo Lei contribuiscono maggiormente al grado di infermità della persona:

Se il codice non è citato a lato della patologia pertinente, si prega di apporre le proprie iniziali accanto alla stessa.

Personal activities for daily living Atti comuni quotidiani della persona

Personal activities for daily living—This is an assessment of personal activities of daily living. For each function, please indicate which best describes the person receiving the care.

The information under each function should be used as a record of what the person does, NOT a record of what the person could do.

The main aim is to establish degree of independence from any help, physical or verbal, however minor and for whatever reason.

The need for supervision renders the person NOT independent.

A person's performance should be established using the best available evidence. Asking the person, friends/relatives and nurses will be the usual source, but direct observation and common sense are also important. However, direct testing is not needed.

Usually the performance over the preceding 24–48 hours is important, but occasionally longer periods will be relevant.

Middle categories imply that the person supplies more than 50% of the effort.

Use of aids to be independent is allowed.

Source: Modified Barthel ADL Index, Standardised Assessment Scales for Elderly People. The Royal College of Physicians of London and the British Geriatric Society, 1992.

In questo ambito si valutano gli atti quotidiani associati alla cura personale. Per ogni funzione, si prega di indicare l'opzione che meglio descrive la persona ricevente assistenza.

I dati riportati sotto ciascuna funzione devono essere impiegati per stabilire quello che la persona fa e NON quello che potrebbe fare.

Lo scopo principale è quello di stabilire il grado di autonomia da ogni tipo di assistenza, fisica o verbale, per quanto minima e indipendentemente dalle ragioni.

La necessità di assistenza rende la persona NON autonoma.

Il comportamento della persona dev'essere determinato in base all'evidenza più attendibile a disposizione. Le fonti più comuni di informazioni saranno la persona stessa, la famiglia/i conoscenti e il personale infermieristico, ma l'osservazione diretta e il buon senso sono anche molto importanti. Tuttavia non è necessario sottoporre la persona a delle prove dirette.

Di norma il comportamento nelle 24–48 ore precedenti è importante, ma a volte saranno significativi periodi più lunghi.

Le categorie di mezzo indicano che la persona contribuisce più del 50% dello sforzo.

Ai fini dell'autonomia si può fare uso di mezzi di supporto.

Fonte: Modified Barthel ADL Index, Standardised Assessment Scales for Elderly People. The Royal College of Physicians of London and the British Geriatric Society, 1992.

Section A—day to day needs / Sezione A—bisogni quotidiani

It is in the customer's best interests that ALL parts of question 7 (a–j) are answered.

È nell'interesse dell'assistito che si risponda a TUTTE le sezioni della domanda n. 7 (a–j).

**7 For each function, please tick the box which best describes the person receiving care:
Per ciascuna funzione, indicare l'opzione che meglio descrive la persona ricevente assistenza:**

- | | | |
|---|--|--|
| a Bowels
Assess preceding week. If needs enema, then incontinent.
Intestino
Valutare la settimana precedente.
Se occorre somministrare un clisma, allora incontinente | Incontinent (or needs to be given enema)
Incontine (o occorre somministrare un clisma)
Occasional accident (once a week)
Incidenti occasionali (una volta la settimana)
Continent
Continente | <input type="checkbox"/> a
<input type="checkbox"/> b
<input type="checkbox"/> c |
| b Bladder
Assess preceding week. Occasional = less than once a day. A catheterised person who can completely manage the catheter alone is registered as 'continent'.
Vescica
Valutare la settimana precedente.
Occasionale = meno di una volta al giorno.
Un cateterizzato che può gestire da solo il catetere è riportato quale 'continente'. | Incontinent or catheterised and unable to manage
Incontine o cateterizzato incapace di gestirsi
Occasional accident (once a week)
Incidenti occasionali (una volta la settimana)
Continent
Continente | <input type="checkbox"/> a
<input type="checkbox"/> b
<input type="checkbox"/> c |

(continued) For each function, please tick the box which best describes the person receiving care:

(Continua) Per ciascuna funzione, si prega di indicare quella che meglio descrive la persona ricevente assistenza:

c Grooming

Assess preceding 24–48 hours. Refers to personal hygiene: doing teeth, fitting false teeth, doing hair, shaving, washing face. Implements can be provided by helper.

Cura personale

Valutare le 24-48 ore precedenti. Per cura personale si intende: pulirsi i denti, sistemarsi la dentiera, pettinarsi, sbarbarsi, lavarsi il viso. L'assistente può passare gli articoli necessari.

Needs help with personal care: face, hair, teeth
Richiede assistenza per la cura personale: viso, capelli, denti

 a

Independent (implements provided)
Indipendente (una volta forniti gli articoli necessari)

 b

d Toilet use

Should be able to reach toilet/commode, undress sufficiently, clean self, dress and leave. With help = can wipe self, and could do some other of the above.

Uso del gabinetto

Dovrebbe essere in grado di raggiungere il gabinetto/la comoda, spogliarsi sufficientemente, pulirsi, rivestirsi e uscire dal gabinetto. Con assistenza = in grado di pulirsi e in grado di compiere altre tra le funzioni sopracitate.

Dependent
Non autonomo

 a

Needs some help but can do some things alone
Bisognoso di una certa assistenza ma in grado di compiere certe funzioni da solo

 b

Independent (on and off, wiping, dressing)
Autonomo (di tanto in tanto, pulirsi, rivestirsi)

 c

e Feeding

Able to eat any normal food (not only soft food). Food cooked and served by others, but not cut up. Help = food cut up, person feeds self.

Alimentazione

In grado di mangiare ogni tipo di cibo (non solo semiliquido). Cibo cucinato e servito ma non tagliato da altri. Assistenza = tagliato il cibo, poi la persona si nutre da sola.

Unable
Incapace

 a

Needs help in cutting, spreading butter etc.
Richiede assistenza per tagliare, spalmare il burro, ecc.

 b

Independent (food provided within reach)
Autonomo (cibo a portata di mano)

 c

f Transfer

From bed to chair and back. Unable = no sitting balance (unable to sit), two people to lift. Major help = one strong/skilled or two normal people. Can sit up. Minor help = one person easily, or needs any supervision for safety.

Piccoli spostamenti

Dal letto alla sedia e ritorno. Incapace = mancanza di equilibrio per sedersi (incapace di stare seduto), occorrono due persone per sollevarlo. Assistenza significativa = una persona forte/qualificata oppure due persone. Può mettersi seduto da sdraiato. Assistenza minima = una persona sola con facilità oppure se occorre supervisione per l'incolumità personale.

Unable – no sitting balance
Incapace (mancanza di equilibrio per stare seduto)

 a

Major help (physical, one or two people), can sit
Assistenza significativa (fisica, una o due persone), può stare seduto

 b

Minor help (verbal or physical)
Assistenza minima (verbale o fisica)

 c

Independent
Indipendente

 d

(continued) For each function, please tick the box which best describes the person receiving care:

(Continua) Per ciascuna funzione, si prega di indicare quella che meglio descrive la persona ricevente assistenza:

- g Mobility**
Refers to mobility about house or indoors. May use aid. If in wheelchair, must negotiate corners/doors unaided. Help = by one untrained person, including supervision, moral support.
Mobilità
Si intende la mobilità intorno a casa o in casa. Può essere necessario usare ausili. Se su carrozzella deve poter superare angoli/vani delle porte senza assistenza. Assistenza = da parte di una persona non qualificata, ad inclusione della supervisione, del supporto morale.
- Immobile a
Immobile
- Wheelchair independent, including corners etc. b
(i.e. uses wheelchair without assistance)
Non dipendente dalla carrozzella, abile a superare angoli ecc.
(per es., usa la carrozzella senza assistenza).
- Walks with help of one person (verbal or physical) c
Cammina con l'aiuto (verbale o fisico) di una persona
- Independent d
Indipendente
-
- h Dressing**
Should be able to select and put on all clothes, which may be adapted. Half = requires help with buttons, zips etc. but can put on some garments alone.
Vestirsi
Dovrebbe poter scegliere e indossare tutti gli indumenti, che possono essere stati adattati allo scopo. Metá = richiede assistenza coi bottoni, cerniere, ecc. , ma può mettersi alcuni indumenti da solo.
- Dependent a
Non autonomo
- Needs help but can do about half unaided b
Richiede assistenza ma può compiere metà del compito da solo
- Independent (including buttons, zips, laces etc.) c
Indipendente (incl. bottoni, cerniere, lacci, ecc.)
-
- i Stairs**
To be independent, must be able to carry any walking aid used.
Scale
Per essere definito autonomo, deve essere in grado di portare da solo eventuali mezzi di appoggio necessari.
- Unable a
Incapace
- Needs help (verbal, physical, carrying aid) b
Richiede assistenza (verbale, fisica, per portare il mezzo di appoggio)
- Independent up and down c
Indipendente nel salire e scendere
-
- j Bathing**
Usually the most difficult activity. Bath: Independent = must get in and out unsupervised and wash self. Shower: Independent = unsupervised/ unaided.
Lavarsi
Di norma l'attività piú difficile. Bagno: Indipendente = può entrare e uscire dalla vasca senza supervisione e lavarsi. Doccia: indipendente = senza bisogno di supervisione/assistenza.
- Dependent a
Non autonomo
- Independent b
Indipendente

8 In your opinion, is the person cognitively impaired?

Secondo Lei, la persona è affetta da deficit cognitivo?

No Go to **Question 11** on page 14

No Si vada al **Q.11** a pag. 14

Yes

Sì

9 This is an assessment of cognitive function.

Ask the person receiving the care for the following information:

Please answer all parts of the AMT.

Memory phrase may be repeated up to three times to ensure the person has heard it correctly. All other questions may only be asked once, without further prompting.

The Abbreviated Mental Test (AMT – 7): ‘Its use and validity’ Jitapunkel s, Pillary I, Ebrahim S. Age and Ageing 1991; 20:332-336

Questa è una valutazione della funzione cognitiva.

Si chiedano i seguenti dati alla persona ricevente assistenza.

Si risponda a tutte le sezioni dell’AMT.

La frase per il test mnemonico può essere ripetuta fino a tre volte per assicurare che la persona l’ha udita correttamente. Tutti gli altri quesiti devono essere posti solo una volta senza ulteriori suggerimenti.

Il test abbreviato per la memoria (AMT – 7): ‘Suoi utilizzi e valore’ Jitapunkel s, Pillary I, Ebrahim S. Age and Ageing 1991; 20:332-336

The Abbreviated Mental Test (AMT)

Test Intellettivo Abbreviato (AMT)

- Time of day (to the nearest hour)
- Ora del giorno (all’ora più vicina)

Correct

Corretto

Incorrect

Incorretto

a

a

Memory phrase

Frase per il test mnemonico

Repeat this phrase after me and remember it for later—42 West Street

Ripetere questa frase dopo di me e tenerla a mente per dopo – Via Garibaldi 42

- Name of institution or suburb where the person lives

b

b

- Nome dell’istituto o della zona dove risiede la persona

- Recognition of two persons in the room (doctor, nurse, carer etc.)

c

c

- Riconoscimento di due persone nella stanza (medico, infermiera, accompagnatore, ecc.)

- Date of birth (day, month, year)

d

d

- Data di nascita (giorno mese e anno)

- Name of present Prime Minister of Italy

e

e

- Nome del Presidente del Consiglio in carica

- Count backwards from 20 to 1

f

f

- Contare all’indietro da 20 a 1

- Ask the person to repeat the **Memory phrase**

g

g

- Chiedere alla persona di ripetere la **frase del test mnemonico**

10 Unable to administer Abbreviated Mental Test (AMT – 7)?

Non è stato possibile sottoporre la persona al Test Intellettivo Abbreviato (AMT – 7)?

- Person unable to communicate

a

- La persona non è in grado di comunicare

- Person refused to participate

b

- La persona si è rifiutata di partecipare

11 For each statement, please tick the box which best describes the person's usual state.

In rapporto a ciascun quesito, indicare l'opzione che meglio descrive lo stato usuale della persona.

Does the person:

La persona:

- | | | | |
|----------|---|----------------------------------|----------------------------|
| a | Show signs of depression?
Dà segni di depressione? | Never
Mai | <input type="checkbox"/> a |
| | | Sometimes
A volte | <input type="checkbox"/> b |
| | | Most of the time
Quasi sempre | <input type="checkbox"/> c |
| b | Show signs of memory loss?
Dà segni di deficit mnemonico? | Never
Mai | <input type="checkbox"/> a |
| | | Sometimes
A volte | <input type="checkbox"/> b |
| | | Most of the time
Quasi sempre | <input type="checkbox"/> c |
| c | Withdraw from social contact?
Sfugge dal contatto sociale? | Never
Mai | <input type="checkbox"/> a |
| | | Sometimes
A volte | <input type="checkbox"/> b |
| | | Most of the time
Quasi sempre | <input type="checkbox"/> c |
| d | Display aggression towards self or others?
Dà segni di aggressività verso sé stessa o gli altri? | Never
Mai | <input type="checkbox"/> a |
| | | Sometimes
A volte | <input type="checkbox"/> b |
| | | Often
Spesso | <input type="checkbox"/> c |
| e | Display disinhibited behaviour?
Dà segni di comportamento disinibito? | Never
Mai | <input type="checkbox"/> a |
| | | Sometimes
A volte | <input type="checkbox"/> b |
| | | Often
Spesso | <input type="checkbox"/> c |

Your professional details

I Suoi commenti professionali

12 Is there any information in this report, which, if released to the person requiring care, might be prejudicial to their physical or mental well-being?

Australian law provides for the disclosure of medical or psychiatric information directly to the person requiring care. If there is any information in your report, which, if released to the person, may harm their physical or mental well-being, please identify and briefly state below why it should not be released directly to this person. Similarly, please specify any other special circumstances, which should be taken into account when deciding on the release of your assessment.

Nell'ambito della relazione, ci sono particolari che, se rilasciati alla persona richiedente assistenza, potrebbero pregiudicarne il benessere fisico o mentale?

La legislazione australiana prevede il rilascio dei dati sanitari o psichiatrici direttamente alla persona richiedente assistenza. Qualora nell'ambito della relazione fossero riportate informazioni che potrebbero compromettere il benessere mentale e fisico della persona oggetto della valutazione, si prega di indicarlo e di dare un breve sunto, nello spazio riservato, delle ragioni per cui non sarebbe consigliato il rilascio direttamente all'interessato. Per lo stesso motivo, si prega di specificare quali altre circostanze dovrebbero essere prese in considerazione qualora si proponesse di rilasciare le informazioni all'interessato.

No

No

Yes

Sì

Identify the information and state why it should not be released directly to the person requiring care

Si prega di specificare quali dati e di fornire le Sue ragioni particolareggiate

13 IMPORTANT INFORMATION — Privacy and your personal information

Your personal information is protected by law (including the *Privacy Act 1988*) and is collected by the Australian Government Department of Human Services for the assessment and administration of payments and services.

Your information may be used by the department, or given to other parties where you have agreed to that, or where it is required or authorised by law (including for the purpose of research or conducting investigations).

You can get more information about the way in which the department will manage your personal information, including our privacy policy, at humanservices.gov.au/privacy

IMPORTANTI INFORMAZIONI — La privacy e i dati personali che La riguardano

I Suoi dati personali sono tutelati dalla legge (tra cui la *Privacy Act 1988*) e vengono raccolti dal Department of Human Services del governo australiano ai fini dell'accertamento e della gestione di prestazioni pecuniarie e servizi.

I Suoi dati potrebbero essere usati dal Department o trasmessi a parti terze previo il Suo consenso oppure nei casi in cui è la legge a richiederlo o autorizzarlo (anche ai fini di ricerca o indagini).

Può ottenere maggiori informazioni sul modo in cui il Department gestirà i Suoi dati personali e consultare la nostra politica in materia di privacy sul sito humanservices.gov.au/privacy

14 Health professional's details and declaration

Please print in BLOCK LETTERS or use stamp.

Particolari e dichiarazione dell'operatore sanitario.

Scrivere in STAMPATELLO o usare il timbro.

Name

Nome

Qualifications

Titoli professionali

Address

Indirizzo

Contact phone number

Recapito tel.

Signature and date

Firma, Data

Stamp (optional)

Timbro

(facoltativo)

--

--

Postcode CAP

()

--

--

RETURNING THIS ASSESSMENT—Please give this completed assessment to the carer.

Thank you for your assistance.

CONSEGNA DEL PRESENTE MODULO—Consegna il presente modulo all'accompagnatore.

Grazie della collaborazione.