

# 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** You need to read this  
Deve leggere quanto segue

**Privacy and your personal information**

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We need to collect this information so we can process and manage your applications and payments, and provide services to you. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to [servicesaustralia.gov.au/privacy](http://servicesaustralia.gov.au/privacy)

**La privacy e i Suoi dati personali**

La riservatezza e la sicurezza dei Suoi dati personali sono importanti per noi e sono protette ai sensi di legge. Dobbiamo raccogliere tali dati in modo da poter evadere e gestire le Sue domande e le Sue prestazioni pecuniarie e prestarLe i nostri servizi. Noi condividiamo i Suoi dati con altre parti previo il Suo consenso o dove la legge lo consente o lo richiede. Per maggiori informazioni, visiti il sito [servicesaustralia.gov.au/privacy](http://servicesaustralia.gov.au/privacy)

(continued) See next page  
(Continua) Cfr. la pagina successiva



CLK0AUS156ITa 2010

(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 Services Australia.
- 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 Services Australia.
- Acconsento al rilascio a Services Australia delle informazioni di carattere medico e clinico che mi riguardano.
- Prendo atto che l'accertamento sarà usato per agevolare la valutazione della richiesta di Carer Payment (sussidio di accompagnamento) da parte del mio partner/della mia partner e potrebbe dover essere comunicato al mio partner/alla mia partner a opera di Services Australia.

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**

Services Australia 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.

### **Accertamento del livello di invalidità**

Services Australia userà le informazioni da Lei fornite (insieme alle informazioni provenienti dalla persona richiedente) per determinare la capacità della persona interessata a funzionare indipendentemente.

Questo modulo viene anche usato per valutare il deficit cognitivo della persona che riceve assistenza. Si tratta di un test orale.

---

### **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, intellettuale 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 più si addice alle condizioni di salute della persona?

permanent  ►  
permanente

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

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 più 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:

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

<b>d Psychiatric</b> <b>Patologie di natura psichiatrica</b>	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"/>
<b>e Respiratory</b> <b>Patologie di natura respiratoria</b>	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"/>
<b>f Sensory</b> <b>Patologie dell'apparato sensorio</b>	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<br>Alcolismo   | <input type="checkbox"/> | ALC |
| Autoimmune disease (e.g. SLE)<br>Malattia autoimmune (es., lupus eritematoso sistemico)                       | <input type="checkbox"/> | LPS |
| Blood disorder – haemophilia<br>Patologie ematiche – emofilia   | <input type="checkbox"/> | HAE |
| Blood disorder – leukaemia<br>Patologie ematiche – leucemia   | <input type="checkbox"/> | ALK |
| Cystic fibrosis<br>Fibrosi cistica  | <input type="checkbox"/> | CYS |
| Diabetes mellitus – insulin dependent<br>Diabete mellito – insulinodipendente                                 | <input type="checkbox"/> | IDD |
| Diabetes mellitus – non-insulin dependent<br>Diabete mellito – non insulinodipendente                         | <input type="checkbox"/> | NID |
| Drug dependence<br>Tossicodipendenza  | <input type="checkbox"/> | DRG |
| HIV/AIDS<br>Hiv/Aids  | <input type="checkbox"/> | HV4 |
| Malignancy (please specify)<br>Patologia a decorso maligno (si prega di specificare)                          | <input type="checkbox"/> |     |
| Renal failure<br>Insufficienza renale   | <input type="checkbox"/> | KID |
| Other disorder not listed (please specify)<br>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:**

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

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

**Privacy and your personal information**

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We collect this information to provide payments and services. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to [servicesaustralia.gov.au/privacy](http://servicesaustralia.gov.au/privacy)

**Deve leggere quanto segue**

**La privacy e i Suoi dati personali**

La riservatezza e la sicurezza dei Suoi dati personali sono importanti per noi e tali dati sono protetti dalla legge. Noi raccogliamo tali dati per erogare prestazioni pecuniarie e servizi. Noi condividiamo i dati che La riguardano a parti terze solo previo il Suo consenso o quando la legge lo permette o lo richiede. Per maggiori informazioni, visiti il sito [servicesaustralia.gov.au/privacy](http://servicesaustralia.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.**