

Fondazione IL GIRASOLE Onlus

Via Bellini n. 29 - 21019 Somma Lombardo (VA)
Tel. 0331 250152 - Fax 0331 250525 - E-mail: accoglienza@anzianisomma.it

SCHEDA DI INSERIMENTO

Informazioni anagrafiche	Cognome _____ Nome _____ Nato a _____ il ____ / ____ / ____ Residente a _____ Via/piazza _____ n° ____ Recapito telefonico _____ Codice fiscale _____ Tessera sanitaria _____ Stato civile _____ n° figli maschi ____ / femmine ____
Professione, istruzione, pensione, invalidità.	Professione svolta in passato _____ Pensione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ente erogatore _____ Assegni d'accompagnamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Invalidità <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Codice Invalidità _____ Grado d'istruzione _____
Modalità di gestione del reddito.	<input type="checkbox"/> Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro _____
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicare sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Medicina Generale.	Dr./Dr.ssa _____ Telefono _____

visto dal Legale Rappresentante

Servizi di supporto in atto assistenza domiciliare, ADI, Centro diurno, servizio pasti a domicilio, ecc.	
Provenienza Domicilio, Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
Tipo di inserimento in RSA	<input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> definitivo <input type="checkbox"/> altro
Aspettative della famiglia e/o dell'ospite.	
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge, altro)	
Fumo.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Alcool.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Interessi attuali. letture, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
Diete particolari.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____
Capacità di nutrirsi:	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
Masticazione:	<input type="checkbox"/> Nessun problema <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi solidi <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi liquidi <input type="checkbox"/> Difficoltà per tutti gli alimenti, non si alimenta per bocca
Protesi dentaria:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si e la usa <input type="checkbox"/> Si ma non la usa
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, farsi la barba)	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Bagno / doccia	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo

Continenza vescicale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere / stomia
Continenza intestinale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia
Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Vista	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Cecità
Udito	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Sordità
Capacità di leggere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Capacità di scrivere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterato
Mobilità	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato
Attività fisioterapiche in atto	
Capacità di salire le scale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado

Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado
Spostamenti con la sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si autonomo nell' uso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ausili utilizzati	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Si specificare quali _____ <input type="checkbox"/> Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da _____
Sonno / riposo	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia
Accetta la terapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Assume la terapia autonomamente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____
Aggressività	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Tendenza alla fuga / perdersi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> Si - n° _____ <input type="checkbox"/> No
Utilizza una contenzione	<input type="checkbox"/> Si specificare _____ <input type="checkbox"/> No
Previsione di contatti con il paziente. (es. n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

data

firma

.....

.....