

Fondazione IL GIRASOLE ETS

Via Bellini n. 29 - 21019 Somma Lombardo (VA)
Tel. 0331 250152 - 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 ☐ SI ☐ NO Ente erogatore _____ Assegni d'accompagnamento ☐ SI ☐ NO Invalidità ☐ SI ☐ NO Codice Invalidità _____ Grado d'istruzione _____
Modalità di gestione del reddito	☐ Anziano stesso ☐ Familiare ☐ Amministratore ☐ Altro _____
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicare sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa _____ Telefono _____

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	☐ temporaneo ☐ definitivo ☐ altro
Aspettative della famiglia e/o dell'ospite	
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro)	
Eventuali lutti recenti (coniuge, altro)	
Fumo	☐ No ☐ Si
Alcool	☐ No ☐ Si
Interessi attuali letture, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
Diete particolari	☐ No ☐ Si - specificare _____
Capacità di nutrirsi	☐ Autonomo ☐ Necessita di aiuto o sorveglianza ☐ Deve essere imboccato
Masticazione	☐ Nessun problema ☐ Difficoltà per cibi solidi ☐ Difficoltà per cibi liquidi ☐ Difficoltà per tutti gli alimenti, non si alimenta per bocca
Protesi dentaria	☐ No ☐ Si e la usa ☐ Si ma non la usa
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, la faccia, farsi la barba)	☐ Autonomo ☐ Parzialmente autonomo ☐ Non autonomo
Bagno / doccia	☐ Autonomo ☐ Parzialmente autonomo ☐ Non autonomo

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

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

data

firma

.....

.....