

**Questionario d' ingresso per il servizio**  
**"appartamenti in autonomia"**

**DATI ANAMNESTICI**

Cognome:

Nome:

Nato/a a: il:

Residenza:

Comune:      Provincia:      via/piazza n°      c.a.p.

Situazione pensionistica:

Invalidità OSI    ONO    Percentuale:

Assegno d'accompagnamento: OSI    ONO

C.F.

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

Tessera sanitaria N. :

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

Patologia principale da cui è affetto:

Composizione del nucleo familiare:

Nome	Grado di parentela	Vivo	Morto	Età

Abitazione della persona a cui fare riferimento

Comune:

Provincia:

via/piazza

n°

c.a.p.

Tel.

cell.

e-mail:

**NOTIZIE DI CARATTERE GENERALE**

Ultima classe frequentata: \_\_\_\_\_ nell'anno

Rapporti con i familiari

Buoni  Normali  Pessimi  Note: \_\_\_\_\_

Periodi di tempo trascorsi lontano dalla famiglia:

nessuno  solo le vacanze con gli amici  periodi di vita autonoma  Note: \_\_\_\_\_

Attualmente il tempo lo passa:

a casa senza interessi  a casa guardando la tv, leggendo e al pc  a casa occupandosi delle faccende di casa  studiando  lavorando  Note: \_\_\_\_\_

**ALIMENTAZIONE**

Cosa mangia abitualmente a:

COLAZIONE:

PRANZO:

MERENDA:

CENA:

Ci sono cibi a cui è allergico o intollerante:  SI  NO

Se si quali:

Dichiara le sue preferenze:  SI  NO

E' autonomo nel mangiare:  SI  NO

OPARZIALMENTE: \_\_\_\_\_

Deve essere imboccato/a:  SI  NO

OPARZIALMENTE: \_\_\_\_\_

Si versa da solo le bevande:  SI  NO

Cosa beve:  vino  acqua  caffè  the  altro:

Quanto mangia:  molto  normale  poco

Sa usare il bicchiere:  SI  NO

Come deve essere il cibo:  tagliato  tritato  frullato

**IGIENE PERSONALE alvo e diuresi**

Si reca autonomamente in bagno:  SI  NO

Ha il controllo vescicale:  SI  NO

Effettua la minzione ad orari fissi:  SI  NO

Se si in quali orari:

.....

Effettua il cateterismo vescicale estemporaneo:  SI  NO

Se si in quali orari:

.....

Utilizza presidi per urinare quali uroguaine o altro:  SI  NO

Ha il controllo anale:  SI  NO

Con quale periodicità evacua:

.....

In quali orari:

.....

E' tendenzialmente stitico:  SI  NO

E' tendenzialmente diarroico:  SI  NO

Fa uso di lassativi o microclismi o clismi:  SI  NO

In quali orari:

.....

Porta pannoloni per l'incontinenza:  SI  NO

Solo di notte:  SI  NO

**LIVELLO SENSORIALE**

Ha problemi a livello sensoriale (vista, udito, tatto, olfatto, gusto, sensibilità al doore):  SI  NO

Se si  
quali: \_\_\_\_\_

**SFERA SESSUALE**

Ha problemi legati alla sfera sessuale:  SI  NO

erezione     fimosi     sterilità     altro

Ha un ciclo regolare:  SI  NO

Durante il ciclo soffre disturbi particolari:  SI  NO

### **IGIENE PERSONALE autonomia e dipendenza**

Quale autonomia ha nell'igiene personale (doccia, bagno, igiene intima, igiene del viso, igiene delle altre parti del corpo):

---

---

### **SONNO E VEGLIA**

Solitamente a che ora va a letto:

Va accompagnato/a in camera ?

O si

O no

Necessita di assistenza per andare a letto o è autonomo ? \_\_\_\_\_

Si sveste da solo/a ?  
no

O si

O

Si addormenta subito ? \_\_\_\_\_

A che ora si alza abitualmente ? \_\_\_\_\_

Si sveglia da solo/a ? \_\_\_\_\_

Necessita di assistenza per alzarsi dal letto ? \_\_\_\_\_

Ha particolari abitudini prima di coricarsi ? \_\_\_\_\_

Ha particolari abitudini quando si sveglia al mattino ? \_\_\_\_\_

Come dorme? \_\_\_\_\_

Soffre di insonnia ?

O si

O no

Assume sonniferi ?

O si

O no

Si sveglia di notte ?

O si

O no

In quali orari? \_\_\_\_\_

Durante la notte ha bisogno di urinare?     sì     no

In quali orari? \_\_\_\_\_

E' sonnambulo/a?     sì     no

**COMUNICAZIONE**

Possiede un linguaggio verbale ma non comunica perché:

pronuncia solo poche parole     ha difetti di pronuncia     è timido     si isola     è afasico

altro \_\_\_\_\_

Non possiede un linguaggio verbale e comunica con:     gesti     mimica facciale

altro \_\_\_\_\_

Usa il computer?     sì     no

Chi lo/a comprende meglio? \_\_\_\_\_

Come esprime il proprio dolore fisico?     verbalmente     toccandosi la parte dolorante

piangendo     urlando     altro \_\_\_\_\_

**COMPRESIONE**

Capisce il linguaggio:     verbale     mimico     gestuale

Ha una buona capacità di attenzione o si distrae facilmente? \_\_\_\_\_

Memorizza con difficoltà?     sì     no

Che cosa memorizza più facilmente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ricorda più facilmente fatti recenti o remoti? \_\_\_\_\_

Sa leggere e scrivere?     sì     no

Quali scolarità possiede? \_\_\_\_\_

**DEAMBULAZIONE ED ORIENTAMENTO**

Deambula autonomamente?  si  no

Necessita di assistenza nella deambulazione?

.....

.....

.....

Deambula con bastoni?  si  no

Deambula con stampelle?  si  no

Deambula con deambulatore?  si  no

Deambula con altri ausili:

Sa fare le scale ?  si  no

Utilizza la carrozzina ?  si  no

La manovra autonomamente ?  si  no

Riesce a salirvi ed a scendervi autonomamente ?  si  no

La carrozzina deve essere spinta da una persona ?  si  no

Utilizza la carrozzina elettrica ?  si  no

E' in grado di utilizzare autonomamente i mezzi pubblici di trasporto ?  si  
 no

E' in grado di fare commissioni nei negozi in modo autonomo ?  si  
 no

Sa orientarsi al di fuori dal centro ?  si  
 no

Sa riconoscere il denaro ?  si  
 no

Sa utilizzarlo in modo appropriato ?  si  
 no

**COMPORAMENTI PARTICOLARI**

Ci sono comportamenti particolari da segnalare:  SI  NO

irascibilità       aggressività       fobie       manie       paure

altro.....  
.....

In quali circostanze manifesta questi comportamenti particolari:

.....  
.....  
.....

Nei confronti di chi manifesta questi comportamenti:

.....  
.....  
.....

**TEMPO LIBERO**

Sa cantare:  SI  NO

Sa suonare qualche strumento:  SI  NO

Svolge qualche attività sportiva compatibile con la sua disabilità?

piscina     cavallo     palestra     atletica     altro.....

Assiste con piacere alle manifestazioni sportive?       si       no

Assiste con piacere ai concerti ?       si       no

Assiste con piacere agli spettacoli teatrali ?       si       no

Guarda la televisione ?       si       no

Che programmi preferisce :

Partecipa a giochi di gruppo ?       si       no

Note:

.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

### SCHEDA MEDICA

Eventuali patologie infettive:

.....  
.....  
.....

Terapie in atto:

.....  
.....  
.....

Allergie :

.....  
.....  
.....

**Si prega di allegare i documenti sanitari che ne attestino l'anamnesi patologica prossima e remota**

Data \_\_\_\_\_ Firma interessato \_\_\_\_\_

In caso di impossibilità alla firma del richiedente:

Firma di persona di fiducia \_\_\_\_\_

Firma di chi ne fa le veci \_\_\_\_\_

Firma per la direzione del servizio \_\_\_\_\_