



QUESTIONARIO OSPITE R.S.D./C.D.D.

DATI ANAMNESTICI

Cognome: _____

Nome: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Residente a: _____ via/piazza _____ n° _____

c.a.p. _____ Provincia _____ Stato _____

Situazione pensionistica: _____

C.F.

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

Tessera sanitaria N. :

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

Patologia da cui è affetto: _____

Composizione del nucleo familiare:

Nome	Grado di parentela	Vivo	Morto	Età

Abitazione della persona a cui fare riferimento

Indirizzo: Via/piazza _____ n° _____

Città: _____ Prov. _____

Tel. _____ cell. _____

E-mail: _____

Firma _____ Data _____



NOTIZIE DI CARATTERE GENERALE

Ultima classe frequentata: _____ nell'anno _____

La persona ha un rapporto particolarmente positivo con un determinato componente della sua famiglia?

Esistono persone esterne alla famiglia che si occupano di lui/lei?

Ha già trascorso dei periodi di tempo lontano dalla famiglia?

Frequenta strutture diurne quali centri socio-educativi, cooperative, associazioni, ecc.?

Firma _____ Data _____



ALIMENTAZIONE

Cosa mangia abitualmente a:

COLAZIONE _____

PRANZO _____

MERENDA _____

CENA _____

Quali cibi si devono evitare perché nocivi?

Quali cibi non gradisce?

Dichiara le sue preferenze?

Si versa da solo le bevande? O si O no

Cosa beve ? O vino O acqua O caffè O the O altro: _____

Quanto mangia? O molto O normale O poco

Mangia da solo/a? O si O no

Deve essere aiutato/a? O si O no

Deve essere imboccato/a? O si O no

Sa usare le posate? O si O no

Sa usare il bicchiere? O si O no

Come deve essere il cibo? O tagliato O tritato O frullato

E' portatore di PEG ? O si O no

Firma _____ Data _____

IGIENE PERSONALE alvo e diuresi

- Comunica i suoi bisogni fisiologici ? O si O no
- Si reca autonomamente in bagno ? O si O no
- Ha il controllo vescicale ? O si O no
- Effettua la minzione ad orari fissi ? _____
- Effettua il cateterismo vescicale estemporaneo? O si O no
- In quali orari ? _____
- Utilizza presidi per urinare quali uroguaine o altro? _____
- Il controllo anale è completo? O si O no
- Con quale periodicità evacua ? _____
- In quali orari? _____
- E' tendenzialmente stitico o diarroico? _____
- Fa uso di lassativi o microclismi o clismi? _____
- In quali orari ? _____
- Porta pannoloni per l'incontinenza? _____
- Solo di notte? O si O no

LIVELLO SENSORIALE

- Soffre di disturbi all'udito ? O si O no
- Soffre di disturbi alla vista ? O si O no
- Soffre di disturbi al gusto ? O si O no
- Soffre di disturbi al gusto ? O si O no
- Soffre di disturbi al tatto ? O si O no
- Riconosce la differenza tra caldo e freddo ? O si O no

SFERA SESSUALE

- Ha problemi legati alla sfera sessuale ? O erezione O fimosi O sterilità
- O altro _____
- Ha un ciclo regolare ? O si O no
- Durante il ciclo soffre disturbi particolari ? O si O no
- E' sterile ? O si O no
- Firma _____ Data _____

IGIENE PERSONALE autonomia e dipendenza

Ha cura di se stesso ? _____

Sa farsi il bagno o la doccia ? _____

Sa farsi il bidet ? O si O no Sa asciugarsi la schiena ? O si O no

Sa lavarsi le mani ? O si O no Sa asciugarsi le braccia ? O si O no

Sa lavarsi il viso ? O si O no Sa asciugarsi le mani ? O si O no

Sa lavarsi i denti ? O si O no Sa asciugarsi il volto ? O si O no

Sa asciugarsi le gambe ? O si O no Sa pettinarsi ? O si O no

Sa asciugarsi il tronco ? O si O no Sa fonarsi i capelli ? O si O no

Sa curarsi le unghie delle mani ? O si O no

Sa curarsi le unghie dei piedi ? O si O no

Sa farsi la barba ? O si O no

Sa usare gli assorbenti per il ciclo ? O si O no

E' autonomo/a nel vestirsi ? O si O no

Sa abbottonare e sbottonare ? O si O no

Sa allacciare le stringhe ? O si O no

Sa infilarsi e sfilarsi i pantaloni ? O si O no

Sa infilarsi e sfilarsi la camicia ? O si O no

Sa infilarsi e sfilarsi le calze ? O si O no

Sa infilarsi e sfilarsi la biancheria intima ? O si O no

Sa infilarsi e sfilarsi il maglione ? O si O no

Firma _____ Data _____



COMUNICAZIONE

- Sa comunicare le sue necessità ? si no
- Sa comunicare i suoi interessi ? si no
- Sa raccontare una sua esperienza ? si no
- Sa inserirsi in una discussione ? si no
- Possiede un linguaggio verbale ma non comunica perché:
O pronuncia solo poche parole O ha difetti di pronuncia O è timido O si isola O è afasico
- O altro _____
- Non possiede un linguaggio verbale e comunica con : gesti mimica facciale
- O altro _____
- _____
- Usa il computer ? si no
- Chi lo/a comprende meglio? _____
- Come esprime il proprio dolore fisico ? verbalmente toccandosi la parte dolorante
- O piangendo O urlando O altro _____

COMPRENSIONE

- Comprende i messaggi che gli/le vengono rivolti ? si no
- Comprende solo discorsi completi legati a fatti reali ? si no
- Comprende discorsi astratti ? si no
- Capisce il linguaggio : verbale mimico gestuale
- Ha una buona capacità di attenzione o si distrae facilmente ? _____
- _____
- Memorizza con difficoltà ? si no
- Che cosa memorizza più facilmente ? _____
- _____
- Ricorda più facilmente fatti recenti o remoti? _____
- Sa leggere e scrivere ? si no
- Quali scolarità possiede ? _____
- Firma _____ Data _____

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 ausilii ? _____

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

Necessita di assistenza per salire e scendere dalla carrozzina ? _____

La carrozzina deve essere spinta da una persona ? si no

Utilizza la carrozzina elettrica ? si no

Qual è il suo grado di autonomia nelle normali attività quotidiane? _____

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

Deve essere sempre accompagnato/a nelle uscite dal centro ? 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

Firma _____ Data _____



TEMPO LIBERO

Ha particolari hobby o passatempi? _____

Ascolta volentieri la musica ? si no

Che genere ? _____

Sa cantare? si no

Sa suonare qualche strumento ? _____

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: _____

Firma _____ Data _____



SCHEDA MEDICA

Anamnesi patologica remota: _____

Anamnesi patologica prossima: _____

Eventuali patologie infettive: _____

Terapie in atto: _____

Allergie : _____

Data:

Firma del responsabile sanitario