

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:

Invalità 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: OSI ONO

Se si quali:

Dichiara le sue preferenze: OSI ONO

E' autonomo nel mangiare: OSI ONO OPARZIALMENTE: _____

Deve essere imboccato/a: OSI ONO OPARZIALMENTE: _____

Si versa da solo le bevande: OSI ONO

Cosa beve: vino acqua caffè the altro:

Quanto mangia: molto normale poco

Sa usare il bicchiere: OSI ONO

Come deve essere il cibo: tagliato tritato frullato

IGIENE PERSONALE alvo e diuresi

Si reca autonomamente in bagno: OSI ONO

Ha il controllo vescicale: OSI ONO

Effettua la minzione ad orari fissi: OSI ONO

Se si in quali orari:
.....
.....

Effettua il cateterismo vescicale estemporaneo: OSI ONO

Se si in quali orari:
.....
.....

Utilizza presidi per urinare quali uroguaine o altro: OSI ONO

Ha il controllo anale: OSI ONO

Con quale periodicità evacua:
.....
.....

In quali orari:
.....
.....

E' tendenzialmente stitico: OSI ONO

E' tendenzialmente diarroico: OSI ONO

Fa uso di lassativi o microclismi o clismi: OSI ONO

In quali orari:
.....
.....

Porta pannoloni per l'incontinenza: OSI ONO

Solo di notte: OSI ONO

LIVELLO SENSORIALE

Ha problemi a livello sensoriale (vista, udito, tatto, olfatto, gusto, sensibilità al doore): OSI ONO

Se si quali: _____

SFERA SESSUALE

Ha problemi legati alla sfera sessuale: OSI ONO

O erezione O fimosi O sterilità O altro

Ha un ciclo regolare: OSI ONO

Durante il ciclo soffre disturbi particolari: OSI ONO

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 ?

O si

O no

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 ?

O si

O no

In quali orari ? _____

E' sonnambulo/a ?

O si

O 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? sì no

Necessita di assistenza nella deambulazione?

.....

Deambula con bastoni? sì no

Deambula con stampelle? sì no

Deambula con deambulatore? sì no

Deambula con altri ausili:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Sa fare le scale ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Utilizza la carrozzina ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| La manovra autonomamente ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Riesce a salirvi ed a scendervi autonomamente ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| La carrozzina deve essere spinta da una persona ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Utilizza la carrozzina elettrica ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| E' in grado di utilizzare autonomamente i mezzi pubblici di trasporto ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| E' in grado di fare commissioni nei negozi in modo autonomo ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa orientarsi al di fuori dal centro ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa riconoscere il denaro ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa utilizzarlo in modo appropriato ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |

COMPORTEMENTI PARTICOLARI

Ci sono comportamenti particolari da segnalare: OSI ONO

irascibilità aggressività fobie manie paure

altro.....

In quali circostanze manifesta questi comportamenti particolari:

.....

Nei confronti di chi manifesta questi comportamenti:

.....

TEMPO LIBERO

Sa cantare: OSI ONO

Sa suonare qualche strumento: OSI ONO

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 _____