



Cooperativa Sociale Servizi Alla Persona Sim-patia – Società Cooperativa
Sede: via Parini 180 22070 Valmorea (CO)
Telefono: (+39)031.806030 Fax: (+39)031806078
e-mail: serviziapersona@sim-patia.it
sito: www.sim-patia.it/sap
p.iva: 03268120130
Iban: IT95C0335901600100000156904

PARTE 1: PER I RESPONSABILI DEL PROGETTO

NOME:

COGNOME:

DATA DI NASCITA:

RESIDENTE A:IN VIA.....N.....

CODICE FISCALE:

TELEFONO
PERSONALE:.....

FAMILIARE DI RIFERIMENTO.....

TELEFONO:

OPERATORE DI RIFERIMENTO:.....

TELEFONO:

TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:.....
TELEFONO:.....

DIAGNOSI:
.....
.....
.....
.....

ALLERGIE/INTOLLERANZE:
.....
.....
.....
.....
.....



Cooperativa Sociale Servizi Alla Persona Sim-patia – Società Cooperativa
Sede: via Parini 180 22070 Valmorea (CO)
Telefono: (+39)031.806030 Fax: (+39)031806078
e-mail: serviziapersona@sim-patia.it
sito: www.sim-patia.it/sap
p.iva: 03268120130
Iban: IT95C0335901600100000156904

NOME:.....COGNOME:.....ETA':.....

BREVE PRESENTAZIONE

(carattere, personalità, abitudini, interessi, lavoro, svago)

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

NELLO SPECIFICO:

- cosa cerca e si aspetta da un periodo di vacanza:

.....
.....

- breve descrizione della persona legata alla relazione in un gruppo:

.....
.....

- breve descrizione della persona legata alla relazione con un singolo:

.....
.....

- breve descrizione della persona legata al rapporto con l'acqua in mare (specificare presidi da utilizzare)

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

L'ORGANIZZAZIONE RICORDA CHE A DISPOSIZIONE DEGLI UTENTI PER L'INGRESSO IN ACQUA SONO PREVISTI 1 SEDIA e 1 LETTINO ADATTATI, OLTRE CHE AD UN TOTALE DI 12 GIUBBOTTINI SALVAGENTI DIVISI IN TAGLIE S-M-L-XL

QUALORA NON SPECIFICATO I RESPONSABILI DI SETTIMANA UTILIZZERANNO IL GIUBBOTTINO SALVAGENTE ALMENO PER IL PRIMO BAGNO.

L'ORGANIZZAZIONE RICORDA CHE:

- L'ALZATA DEL MATTINO E' PREVISTA PER LE ORE 8.30
- AL POMERIGGIO E' PREVISTO UN MOMENTO DI RIPOSO (NON OBBLIGATORIO)
- LA MESSA A LETTO SERALE SARA' IN BASE ALLE NECESSITA' DELLA PERSONA, MA NON OLTRE LE 23.00

IGIENE PERSONALE

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| • è autonomo/a rispetto alla propria igiene personale | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • è in grado di lavarsi al lavandino | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • è in grado di lavarsi i denti | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • è in grado di pettinarsi | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • è in grado di tagliarsi le unghie | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • è in grado di radersi | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • se mestruta è in grado di cambiarsi l'assorbente | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |

NELLO SPECIFICO:

- modalità e presidi per l' igiene del mattino (tempistiche/riti/abitudini):

.....

.....

.....

- modalità e presidi per l' igiene della sera (tempistiche/riti/abitudini):

.....

.....

.....

DOCCIA

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| • è in grado di farsi la doccia in autonomia | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • utilizza presidi particolari per effettuare la doccia | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |

NELLO SPECIFICO:

- modalità e presidi per il momento della doccia (comoda/lettino...):

.....

.....

.....

VESTIZIONE

- è in grado di vestirsi da solo sì no in parte
- è in grado di svestirsi da solo sì no in parte

NELLO SPECIFICO:

- abitudini rispetto all'abbigliamento (tempistiche/riti/abitudini):

.....
.....

- cosa è in grado di fare in autonomia:

.....
.....

MOBILIZZAZIONE A LETTO

L'ORGANIZZAZIONE RICORDA CHE I LETTI UTILIZZATI NON HANNO MOTORI NE
MATERASSI ANTIDECUBITO

- è in grado di effettuare la mobilizzazione a letto in autonomia sì no in parte

NELLO SPECIFICO:

- modalità e presidi utilizzati per la mobilizzazione a letto (eventuali supporti e come posizionarli, traverse, cuscini...)

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

- specificare tipo e utilizzo di contenzioni

.....
.....

INVIARE AUTORIZZAZIONE FIRMATA PER L'UTILIZZO DI CONTENZIONI

L'ORGANIZZAZIONE RICORDA CHE I VOLONTARI E GLI OPERATORI PRESENTI DOVRANNO
RISPETTARE LE MODALITA' DI MOBILIZZAZIONE SPECIFICATE: INVIATIAMO A SEGNALARE
EVENTUALI VARIAZIONI, PER EVITARE DISAGI ALLE PERSONE COINVOLTE.

SPOSTAMENTI

- utilizza sollevatore per i passaggi sì no in parte

NELLO SPECIFICO:

- modalità di spostamento in spazi esterni (canadesi, carrozzina elettrica, deambulatore...)

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

- modalità di spostamento in spazi interni (canadesi, carrozzina elettrica, deambulatore...)

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

- come preferisce viaggiare durante il trasporto Valmorea-Jesolo/Jesolo- Valmorea

- carrozzina elettrica
- carrozzina manuale
- sedile

LA CARROZZINA NON UTILIZZATA DURANTE IL TRASPORTO DOVRA' ESSERE INVIATA CON LE VALIGIE PRIMA DELLA PARTENZA

- modalità passaggio carrozzina/letto:

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

- modalità passaggio carrozzina comoda/lettino:

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

L'ORGANIZZAZIONE RICORDA CHE I VOLONTARI E GLI OPERATORI PRESENTI DOVRANNO RISPETTARE LE MODALITA' DI SPOSTAMENTO SPECIFICATE: INVIATIAMO A SEGNALARE EVENTUALI VARIAZIONI, PER EVITARE DISAGI ALLE PERSONE COINVOLTE.



Cooperativa Sociale Servizi Alla Persona Sim-patia – Società Cooperativa
Sede: via Parini 180 22070 Valmorea (CO)
Telefono: (+39)031.806030 Fax: (+39)031806078
e-mail: serviziapersona@sim-patia.it
sito: www.sim-patia.it/sap
p.iva: 03268120130
Iban: IT95C0335901600100000156904

EVACUAZIONE

L'ORGANIZZAZIONE RICORDA DI INVIARE I PRESIDII PERSONALI EVENTUALMENTE UTILIZZATI, QUALI AD ESEMPIO PAPPAGALLI E PADERELLE

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| • è in grado di gestire autonomamente alvo e diuresi | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • effettua clistere | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • ha problemi di incontinenza diurna | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • ha problemi di incontinenza notturna | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • utilizzo del pappagallo | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |

NELLO SPECIFICO:

- specificare utilizzo di pannoloni e/o sagomati e relativa taglia:

.....
.....

- specificare utilizzo urugaine e/o cateteri e relativa taglia:

.....
.....

- specificare modalità evacuazione:

.....
.....

- specificare il giorno in cui effettua il clisma:

.....
.....

L'ORGANIZZAZIONE RICORDA CHE DURANTE LA NOTTE E' PREVISTA ASSISTENZA SOLO IN CASO DI MALESSERE/EMERGENZA
NON SARA' QUINDI POSSIBILE ORGANIZZARSI PER ACCOMPAGNAMENTI IN BAGNO PROGRAMMATI o MOBILIZZAZIONI

ALIMENTAZIONE

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| • è in grado di alimentarsi in autonomia | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • utilizza la cannuccia per bere | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • assume cibo frullato | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • assume cibo tritato | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • beve addensato | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |

NELLO SPECIFICO:

- abitudini per la colazione (cosa assume e in che modo)

.....

.....

- presidi utilizzati durante il momento dei pasti (addensante, bavaglia, piatti in plastica etc..)

.....

.....

- specificare le allergie/intolleranze alimentari:

.....

.....

COMUNICAZIONE

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| • è in grado di comunicare in maniera verbale | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • è in grado di comunicare i suoi bisogni | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • è in grado di utilizzare un telefono | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • è in grado di utilizzare un computer | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • è in grado di inserirsi in una discussione | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • è in grado di relazionarsi con esterni alla famiglia | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |

NELLO SPECIFICO:

- specificare abitualmente con chi comunica e in che modo:

.....

.....

- specificare eventuali strategie comunicative, se utilizzate:

.....

.....

RELAZIONI

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| • ha un buon rapporto con i familiari | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • mantiene relazioni esterne alla famiglia | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • frequenta centri o gruppi | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • ha una buona rete amicale | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |

NELLO SPECIFICO:

- specificare particolari modalità di relazione da attuare, se presenti:

.....

.....

- specificare se ci sono argomenti preferenziali per favorire una buona relazione:

.....

.....

- specificare se ci sono argomenti da evitare:

.....

.....

TEMPO LIBERO

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| • è in grado di gestire il tempo libero | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • ha hobbies particolari | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • pratica sport | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |

NELLO SPECIFICO:

- evidenziare abitudini particolari, se presenti:

.....

.....

- specificare hobbies:

.....

.....

DENARO

- gestisce autonomamente il denaro durante il soggiorno sì no in parte
- riconosce il valore delle banconote/monete sì no in parte
- riconosce il valore commerciale del denaro sì no in parte

NELLO SPECIFICO:

- specificare se necessario tenere gli scontrini delle spese sostenute durante il soggiorno e se la persona ne è a conoscenza

.....

.....

- specificare se e in che modo monitorare la spesa personale e se la persona è a conoscenza dei limiti di spesa:

.....

.....

.....

ALCOLICI/SIGARETTE

- si gestisce autonomamente rispetto a sigarette e alcolici sì no in parte
- può assumere alcolici sì no in parte
- può fumare sì no in parte

NELLO SPECIFICO:

- specificare se ha un tot di sigarette giornaliere (tenendo presente che non si può garantire il mantenimento dello stesso durante il soggiorno) e in che modo vengono eventualmente dilazionate:

.....

.....

- specificare eventuali abitudini legate al consumo di alcolici (anche se minimo):

.....

.....

.....

EVENTUALI NOTE AGGIUNTIVE- COSE IMPORTANTI DA SEGNALARE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Cooperativa Sociale Servizi Alla Persona Sim-patia – Società Cooperativa
Sede: via Parini 180 22070 Valmorea (CO)
Telefono: (+39)031.806030 Fax: (+39)031806078
e-mail: serviziapersona@sim-patia.it
sito: www.sim-patia.it/sap
p.iva: 03268120130
Iban: IT95C0335901600100000156904

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- diagnosi patologia psichica se presente
- foglio terapia firmato dal medico di base (o infermiere di riferimento)
- modulo contenzioni

autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi informativa privacy ex articolo 13 reg. (UE)
2016/679

SI RICORDA L'IMPORTANZA DELLA FIRMA DELL'INTERESSATO O DI CHI NE FA LE VECI, AL
FINE DI EVITARE SITUAZIONI SPIACEVOLI DURANTE IL SOGGIORNO

firma dell'interessato o chi ne fa le veci
li,.....

firma op riferimento