

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:

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



DA COMPILARE IN STAMPATELLO O A COMPUTER-GRAZIE-

PARTE 2: PER VOLONTARI E OPERATORI

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



SIM-PATIA
Cooperativa Sociale a
responsabilità limitata

22070 Valmorea (CO) Via
Parini, 180
Tel. 031 806030 Fax 031
806078
P. IVA e CF 01811690138
e-mail: info@sim-patia.it
www.sim-patia.it

Iscritta all'Albo delle
Cooperative Sociali Regione
Lombardia
Sezione A, Foglio 95 n. 189
Albo Coop. Mutualità
prevalente
A 104351 – Rea 218824

UBI BANCA
ag. di Como

IBAN: IT 91D031111 0905 000
0000 14537

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 | osi | ono | oin parte |
| • è in grado di lavarsi al lavandino | osi | ono | oin parte |
| • è in grado di lavarsi i denti | osi | ono | oin parte |
| • è in grado di pettinarsi | osi | ono | oin parte |
| • è in grado di tagliarsi le unghie | osi | ono | oin parte |
| • è in grado di radersi | osi | ono | oin parte |
| • se mestruta è in grado di cambiarsi l'assorbente | osi | ono | oin 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 | osi | ono | oin parte |
| • utilizza presidi particolari per effettuare la doccia | osi | ono | oin 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:

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

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

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 o si o no o 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.

ALIMENTAZIONE

- | | |
|--|-----------------------|
| • è in grado di alimentarsi in autonomia | osi ono oin parte |
| • utilizza la cannuccia per bere | osi ono oin parte |
| • assume cibo frullato | osi ono oin parte |
| • assume cibo tritato | osi ono oin parte |
| • beve addensato | osi ono oin parte |
| • è diabetico | osi ono oin 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:

.....

.....

EVACUAZIONE

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

- | | |
|--|---|
| • è in grado di gestire autonomamente alvo e diuresi | osi ono oin parte |
| • effettua clistere | osi ono oin parte |
| • ha problemi di incontinenza diurna
specificare se incontinenza diurna | osi ono oin parte
oalvo ourine |
| • ha problemi di incontinenza notturna
specificare se incontinenza notturna | osi ono oin parte
oalvo ourine |
| • utilizzo del pappagallo | osi ono oin parte |

NELLO SPECIFICO:

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

.....

.....

- specificare utilizzo uruguaie 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

COMUNICAZIONE

- possiede un linguaggio verbale ma non comunica perchè

o pronuncia poche parole o difetti di pronuncia o è afasico o è timido o si isola
o altro.....

- non possiede linguaggio verbale e comunica con

o gesti o mimica facciale o altro.....

- | | | | |
|--|-----|-----|-----------|
| • è in grado di comunicare i suoi bisogni | osi | ono | oin parte |
| • è in grado di comunicare i suoi interessi | osi | ono | oin parte |
| • è in grado di utilizzare un telefono | osi | ono | oin parte |
| • è in grado di utilizzare un computer | osi | ono | oin parte |
| • è in grado di inserirsi in una discussione | osi | ono | oin parte |
| • è in grado di relazionarsi con esterni alla famiglia | osi | ono | oin 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 | osi | ono | oin parte |
| • mantiene relazioni esterne alla famiglia | osi | ono | oin parte |
| • frequenta centri o gruppi | osi | ono | oin parte |
| • ha una buona rete amicale | osi | ono | oin 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 | osi | ono | oin parte |
| • ha hobbies particolari | osi | ono | oin parte |
| • pratica sport | osi | ono | oin 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 quantitativo giornaliero di sigarette (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

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

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

li,.....

firma dell'interessato o chi ne fa le veci

firma op riferimento