



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: IT96H0843018281000000320499

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: serviziallapersona@sim-patia.it
sito: www.sim-patia.it/sap
p.iva: 03268120130
Iban: IT96H0843018281000000320499

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 (mare/piscina/ supporti utilizzati...):

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



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: IT96H0843018281000000320499

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 mestrata 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 (tempistiche/riti/abitudini):

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

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):

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

MOBILIZZAZIONE A LETTO

- 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...)

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

- 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.



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: IT96H0843018281000000320499

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.

EVACUAZIONE

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| • 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:

.....

.....

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 |

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 | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • riconosce il valore delle banconote/monete | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |
| • riconosce il valore commerciale del denaro | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> in parte |

NELLO SPECIFICO:

- specificare se necessario tenere gli scontrini delle spese sostenute durante il soggiorno

.....

- specificare se e in che modo monitorare la spesa personale:

.....

.....



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: IT96H0843018281000000320499

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:

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

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

autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. L. 30 giugno
2003 n. 196 e successive modificazioni

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

firma op riferimento