

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

Riceve buoni e/o voucher sociali (SAD – B2)

O si

O no

Abitazione della persona a cui fare riferimento Indirizzo:

Via/piazza _____ n° _____

Città: _____ Prov. _____

Tel. _____ cell. _____

E-mail: _____

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.?

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? si no

Cosa beve ? vino acqua caffè the altro: _____

Quanto mangia? molto normale poco

Mangia da solo/a? si no

Deve essere aiutato/a? si no

Deve essere imboccato/a? si no

Sa usare le posate? si no

Sa usare il bicchiere? si no

Come deve essere il cibo? tagliato tritato frullato

E' portatore di PEG ? si no

IGIENE PERSONALE alvo e diuresi

Comunica i suoi bisogni fisiologici ? si no

Si reca autonomamente in bagno ? si no

Ha il controllo vescicale ? si no

Effettua la minzione ad orari fissi ? _____

Effettua il cateterismo vescicale estemporaneo? si no

In quali orari ? _____

Utilizza presidi per urinare quali uroguaine o altro? _____

Il controllo anale è completo? si 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? si no

LIVELLO SENSORIALE

Soffre di disturbi all'udito ? si no

Soffre di disturbi alla vista ? si no

Soffre di disturbi al gusto ? si no

Soffre di disturbi al gusto ? si no

Soffre di disturbi al tatto ? si no

Riconosce la differenza tra caldo e freddo ? si no

SFERA SESSUALE

Ha problemi legati alla sfera sessuale ? erezione fimosi sterilità

O altro _____

Ha un ciclo regolare ? si no

Durante il ciclo soffre disturbi particolari ? si no

E' sterile ? si no

IGIENE PERSONALE autonomia e dipendenza

Ha cura di se stesso ? _____

Sa farsi il bagno o la doccia ? _____

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

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

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

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

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

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

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

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sa curarsi le unghie delle mani ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa curarsi le unghie dei piedi ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa farsi la barba ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa usare gli assorbenti per il ciclo ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| E' autonomo/a nel vestirsi ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa abbottonare e sbottonare ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa allacciare le stringhe ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa infilarsi e sfilarsi i pantaloni ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa infilarsi e sfilarsi la camicia ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa infilarsi e sfilarsi le calze ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa infilarsi e sfilarsi la biancheria intima ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa infilarsi e sfilarsi il maglione ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |

SONNO E VEGLIA

Solitamente a che ora va a letto ? _____

Va accompagnato/a in camera ? si no

Necessita di assistenza per andare a letto o è autonomo ? _____

Si sveste da solo/a ? si no

Si addormenta subito ? _____

A che ora si alza abitualmente ? _____

Si sveglia da solo/a ? _____

Necessita di assistenza per alzarsi dal letto o è autonomo ? _____

Ha particolari abitudini prima di coricarsi ? _____

Ha particolari abitudini quando si sveglia al mattino ? _____

Come dorme? _____

Soffre di insonnia ? si no

Assume sonniferi ? si no

Il sonno è tranquillo ? si no

Si sveglia di notte ? si no

In quali orari? _____

Durante la notte ha bisogno di urinare ? si no

In quali orari ? _____

E' sonnambulo/a ? si no

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:

pronuncia solo poche parole ha difetti di pronuncia è timido si isola 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

piangendo urlando altro _____

COMPRESIONE

- 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 ? _____

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 ? O si O no

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

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

Deve essere sempre accompagnato/a nelle uscite dal centro ? O si O no

E' in grado di fare commissioni nei negozi in modo autonomo ? O si O no

Sa orientarsi al di fuori dal centro ? O si O no

Sa riconoscere il denaro ? O si O no

Sa utilizzarlo in modo appropriato ? O si O no

COMPORAMENTI PARTICOLARI

Ci sono comportamenti particolari da segnalare?

O irascibilità O aggressività O fobie O manie O paure

O altro _____

In quali circostanze manifesta questi comportamenti particolari? _____

Nei confronti di chi manifesta questi comportamenti? _____

TEMPO LIBERO

Ha particolari hobby o passatempi? _____

Ascolta volentieri la musica ? O si O no

Che genere ? _____

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

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 _____



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

SCHEDA MEDICA

Anamnesi patologica remota: _____

Anamnesi patologica prossima: _____

Eventuali patologie infettive: _____

Terapie in atto: _____

Allergie : _____

Data:

Firma del medico curante