

**Dati Ospite**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

**Dati Compilatore**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Data compilazione                    \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma compilatore                    \_\_\_\_\_

Condizione / Fragilità Sociale			Rete di relazione		
Vive da solo	SI	NO	Con i familiari	SI	NO
Vive in famiglia	SI	NO	Se sì, precisare il grado di parentela		
Vive in comunità	SI	NO	Frequenza delle visite: <input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Quindicinale <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Oltre _____		
Vive in struttura Residenziale	SI	NO			
Nome:					
Da quando:					
Altro:					
Rete assistenziale e Situazione abitativa					
Usufruisce di servizi socio ass.	SI	NO	Con volontari	SI	NO
Se sì, precisare quali:			Con la parrocchia	SI	NO
			Con il vicinato	SI	NO
Assistenza privata	SI	NO	Iter scolastico / lavorativo		
Ausili:	SI	NO	Analfabeta	SI	NO
Se sì, precisare se dati dalla Asl	SI	NO	Alfabeta	SI	NO
			Iscritto alle liste di collocamento mirato	SI	NO
Interessi e hobbies attuali					
Giochi di carte / di società	SI	NO	Lavori manuali	SI	NO
Pittura	SI	NO	Maglia e/o cucito	SI	NO
Cruciverba	SI	NO	Attività sociali	SI	NO
Musica	SI	NO	Attività culturali	SI	NO
TV	SI	NO	Attività religiose	SI	NO
Lettura	SI	NO	Altro:		
Situazione economica					
Pensione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO N° _____ Età del pensionamento: _____ anni					
Categoria: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> Inv <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> Altro _____					
Indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> in attesa					
Riconoscimento della disabilità sulla base della L.104/1992 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> in attesa <input type="checkbox"/> SI					
CC: Banca <input type="checkbox"/> Posta <input type="checkbox"/> Delegato al ritiro Sig: _____					
Importo Mensile: €. _____					
ADI	SI	NO	Prestazioni erogate da ente pubblico	SI	NO
Altri beni immobili	SI	NO	Se sì, indicare quali:		
Se sì, indicare quali e di che importo:					
Amministratore di sostegno n. reg	SI	NO	In attesa di nomina _____	SI	NO
Tutore n. reg	SI	NO	Procura	SI	NO
Nome e cognome _____			Tel _____		

Autonomie della persona					
È autonomo nel mangiare	SI	NO	È autonomo nel vestirsi	SI	NO
È autonomo nel bere	SI	NO	Di quale aiuto ha bisogno:		
Di quale aiuto ha bisogno:			Si lava da solo	SI	NO
Sa usare cucchiaio	SI	NO	Deve essere completamente accudito per l'igiene	SI	NO
Sa usare forchetta	SI	NO	Va in bagno autonomamente	SI	NO
Sa usare coltello	SI	NO	Incontinenza fecale	SI	NO
Allergie / intolleranze alimentari	SI	NO	Incontinenza urinaria	SI	NO
Se si quali:			incontinenza diurna	SI	NO
			Incontinenza notturna	SI	NO
PEG	SI	NO	Utilizza superficie assorbente	SI	NO
SNG	SI	NO	Ha il catetere uretro-vescicale	SI	NO
Tracheostomia	SI	NO	Ha il ciclo mestruale	SI	NO
Deambula in autonomia	SI	NO	Provvede da sola al cambio dell'assorbente	SI	NO
Protesi _____	SI	NO	Si esprime verbalmente in modo chiaro e comprensibile	SI	NO
Autonomo su percorsi noti	SI	NO	Si esprime con gesti e mimica	SI	NO
Sa utilizzare i mezzi pubblici	SI	NO	Utilizza altre forme di comunicazione	SI	NO
Riconosce le norme elementari di sicurezza all'esterno	SI	NO	Quali:	SI	NO
È in grado di usare denaro	SI	NO	È in grado di esprimere i propri bisogni	SI	NO
È in grado di usare orologio	SI	NO	Manifesta i suoi stati d'animo	SI	NO
È in grado di usare telefono	SI	NO	Se si come:		
È in grado di usare computer	SI	NO	Comprende il linguaggio verbale	SI	NO
Utilizza i servizi del territorio (es. posta, banca, comune)	SI	NO	Comprende frasi semplici	SI	NO
Si adatta facilmente ad ambienti nuovi	SI	NO	Comprende frasi complesse	SI	NO
Necessita dell'aiuto dell'altro per ambientarsi	SI	NO	È in grado di leggere	SI	NO
Accetta la compagnia/aiuto dell'altro	SI	NO	È in grado di scrivere	SI	NO
Rifiuta o mostra indifferenza nei confronti dell'altro	SI	NO	Manifesta comportamenti problematici nella relazione	SI	NO
Tende a isolarsi dal contesto	SI	NO	Ha manifestazioni sessuali	SI	NO
Utilizzo di sostanze stupefacenti	SI	NO	Utilizzo di Alcool	SI	NO
Provvedimenti giurisdizionali in atto	SI	NO			

Eventuali altre osservazioni: