

SCHEDA DI INSERIMENTO

- RSA
 CDI
 RICHIESTA INVALIDITA'

Parte per la famiglia / caregiver

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il ___/___/___ Residente a _____ via/piazza _____ n° ____
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI NO Ente erogatore _____ Invalidità SI NO Codice Invalidità _____
Modalità di gestione del reddito	<input type="checkbox"/> Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa _____ tel. _____
Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc.	
Provenienza Domicilio; Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniall.	<input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> definitivo <input type="checkbox"/> altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)	
Diete particolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì - specificare _____ _____
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì - specificare _____ _____
Fumo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Alcool	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
• Capacità di nutrirsi:	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessità di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
• Masticazione:	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca
• Protesi dentaria:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì e la usa <input type="checkbox"/> Sì ma non la usa

Nome _____	
Cognome _____	
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Bagno / doccia	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Continenza vescicale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere
Continenza intestinale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia
Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Vista	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Cecità
Udito	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Sordità
Capacità di leggere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Capacità di scrivere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterato
Mobilità	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato
Capacità di salire le scale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado
Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado

