

Colloquio effettuato in data ___/___/___ con la Sig.r/ra _____

Scheda compilata dal/dalla Sig.r/ra (se viene compilata da un familiare).

DATI ANAGRAFICI

Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita ___ / ___ / ___

Residente in via Comune di CAP

Stato civile

- Celibe/nubile
- Coniugato/a nome del coniuge
- Vedovo/a
- Separato/a

Titolo di studio attività lavorativa pregressa

CONDIZIONI ECONOMICO/PENSIONISTICHE

- Da Invalidità/accompagnamento
- Da percepimento di pensione
- Pratica di invalidità/accompagnamento in corso di valutazione
- Altro

RETE FAMILIARE

Care giver principale :

Numero figli viventi: maschi femmine
 Numero fratelli viventi: maschi femmine
 Numero nipoti viventi: maschi femmin.....

Composizione nucleo familiare

Cognome Nome	Grado di parentela	età	residenza

Parenti Referenti

Nome e cognome	Grado di parentela	età	telefono
.....
.....
.....

L'interessato beneficia della nomina di:

- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno
- ha in corso la pratica per la nomina di

INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI

Attualmente la persona vive:

- solo
- con il coniuge
- con coniuge e figli
- con figli
- con altri familiari
- in altra RSA
- altro

Collocazione abitazione:

- zona isolata** (abitazione sita in un luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)
- zona decentrata** (abitazione sita in un luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato**

Adeguatezza Abitazione

A che piano si trova l'abitazione?

Barriere architettoniche:

- nessuna
- solo esterne (una o più rampe di scale anche per raggiungere l'ascensore)
- solo interne (appartamento disposto su iù piani)
- esterne ed interne

Bagno

- Interno
- Esterno
- Supporti antiscivolo
- No supporti

Riscaldamento

- Impianto sicuro
- Impianto non sicuro
- In tutti i locali
- Solo in alcuni locali

Altre informazioni utili:

.....

.....

.....

Iniziativa della domanda :

- L'utente stesso
- I familiari
- Il medico di base
- L'Assistente Sociale

USUFRUISCE GIA' DI ALTRI SERVIZI

- ADI
- SAD
- Assistenza privata
- NO
- ALTRO (Rsa, sollievi, centri diurni, ecc.)

CONTATTI CON I SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI : **SI** **NO**

RICOVERI OSPEDALIERI RECENTI **SI** **NO**

Per quale motivo?

.....

.....

.....

Dove?.....

Da quanto tempo necessita di assistenza?

Medico curante : Dr/ssa

TEL.

MOTIVO DEL RICOVERO

- Vive solo perso l'autonomia fisica/psichica
- Alloggio inidoneo la famiglia non è in grado di provvedere

Altro

.....

.....

.....

.....

.....

INTERESSI E ABITUDINI DI VITA

.....

.....

.....

.....

.....

La persona è a conoscenza della domanda di ricovero? SI NO

Se no, perché?

Il sottoscritto _____ in qualità di _____ dichiara che

Il/la sig./ra _____ non è nelle condizioni psicofisiche per poter

Sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

(data e luogo) (firma)

Assistente Sociale

.....