



SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE
(allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)

COGNOME..... NOME

Scheda compilata da:

sig./rain qualità di (*rapporto Familiare o Giuridico*).....

Ass.te Sociale (Cognome e nome)del territorio di

Professione lavorativa pregressa _____

Grado di istruzione _____

Tipo di pensione _____

USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- ADI RSA Aperta
- SAD CDI
- Assistente Familiare
- Altro (*specificare*)

INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI

attualmente la persona vive:

- solo
- in altra struttura
- Altro (*specificare*)

L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI

- Tutore
- Curatore
- Amministratore di Sostegno
- Ha in corso la pratica per la nomina di (*specificare*).....

PARENTI REFERENTI PER EVENTUALI CONTATTI

| NOME COGNOME | GRADO DI PARENTELA | INDIRIZZO | RECAPITO TEL. | RECAPITO E-MAIL |
|--------------|--------------------|-----------|---------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì No

Se NO, perché

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA? Sì No **Se SI'**, indicare dove e il periodo

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA

Indicare Cognome, Nome e recapito telefonico del **Medico di Medicina Generale**

.....

PROTESI E AUSILI IN USO

- | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> deambulatore | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> materassino e cuscino antidecubito | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> letto ortopedico | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> presidio per incontinenza | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>) | | |

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

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

ADEGUATEZZA ABITAZIONE

| BARRIERE ARCHITETTONICHE | BAGNO | RISCALDAMENTO |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> nessuna | <input type="checkbox"/> interno | <input type="checkbox"/> in tutti i locali |
| <input type="checkbox"/> solo esterne | <input type="checkbox"/> esterno | <input type="checkbox"/> solo in alcuni locali |
| <input type="checkbox"/> solo interne | supporti antiscivolo: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> tipologia di impianto..... |
| <input type="checkbox"/> esterne ed interne | | |

MOTIVO DEL RICOVERO

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri? (es: fine settimana)

- Sì
- No

AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO ORIGINARIO

| NOME COGNOME | GRADO DI PARENTELA | LUOGO E DATA DI NASCITA | RESIDENZA ATTUALE | RECAPITO TELEFONICO |
|--------------|--------------------|-------------------------|-------------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Il sottoscritto..... in qualità di.....
dichiara che il/la sig.r/ra non è nelle condizioni
psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

Data,

FIRMA