

*Servizio di Assistenza Domiciliare
Ambito Territoriale Sociale n. 48*

Cognome_____ Nome_____ Nato il_____

Domicilio_____n_____ Comune_____Prov(____)

Invalità_____ Eventuale tutore_____

Medico curante_____

Stato di fatto:

- ☐ Solo/a
- ☐ Coppia
- ☐ Coniugato/a
- ☐ Convive con figli
- ☐ Convive con fratelli
- ☐ Convive con altri parenti

Persone di riferimento:

Cognome e nome	Relazione con l'anziano	Indirizzo	Tel.

Segnalazione effettuata da_____

Presa in carico il_____

Motivo della presa in carico:

Descrizione dell'ambiente

Descrizione della persona

Abitudini alimentari

Terapie abituali

Area cognitiva

	ORIENTAMENTO
	Ben orientato
	Parzialmente o saltuariamente disorientato
	Disorientato TS

	MEMORIA RECENTE
	Integra
	Evidenzia qualche caduta
	Deficit grave

	ATTENZIONE
	Raccoglie senza difficoltà i propri pensieri
	Compromissione pensieri saltuaria o parziale
	Gravi difficoltà nel raccoglimento dei pensieri

	MEMORIA REMOTA
	Integra
	Ricorda con colloquio di sostegno
	Totale compromissione

Funzioni sensoriali e comunicazione

	VISTA		UDITO		PAROLA
	Vede bene		Sente bene (anche con protesi)		Parla e comprende normalmente
	Funzione parzialmente conservata		Funzione parzialmente conservata		Difficoltà nell'espressione verbale
	Non vedente		Non udente		Turbe gravi di comprensione ed espressione

Area affettivo - relazionale e comportamento

	REAZIONI EMOTIVE		UMORE
	Adeguate (dispiacere, dolore, paura appropriati per situazione)		Apparentemente normale
	Turbe emotive occasionali o parziali		Somatizzazioni, trascuratezza di sé, note ipocondriache
	Grave inadeguatezza emotiva		Pensieri ricorrenti di morte e/o propositi suicidari (anche solo dichiarati)

	COMPORTAMENTO
	"Socialmente" adeguato
	Itinerante senza scopo e/o verbalmente offensivo/aggressivo
	"Socialmente" inadeguato/fastidioso o fisicamente aggressivo

Autonomie nelle cure della persona

	IGIENE SUPERIORE		TIPO DI ALIMENTAZIONE
	Si lava e cura da solo		Normale (per os)
	Si lava e cura con aiuto		Liquida o semiliquida (per os)
	Non autosufficiente		Artificiale

	IGIENE INFERIORE
	Si lava e cura da solo
	Si lava e cura con aiuto
	Non autosufficiente

	AIUTO ALLA ALIMENTAZIONE
	Nessun aiuto
	Adattamento del pasto (tagliare i cibi)
	Aiuto totale e sorveglianza continua

	ABBIGLIAMENTO SUPERIORE
	Si veste da solo
	Si veste con aiuto
	Non autosufficiente

	CONTINENZA URINARIA
	Continente
	Incontinente saltuario
	Incontinente frequente

	ABBIGLIAMENTO CENTRALE
	Si veste da solo
	Si veste con aiuto
	Non autosufficiente

	CONTINENZA ANALE
	Continente
	Incontinente saltuario
	Incontinente frequente

	ABBIGLIAMENTO INFERIORE
	Si veste da solo
	Si veste con aiuto
	Non autosufficiente

	IGIENE POSTO LETTO
	Autosufficiente
	Necessità aiuto
	Nessuna attività

Relativamente all'igiene e all'abbigliamento:

- ☐ Richiede solo sorveglianza
- ☐ Dipendenza parziale
- ☐ Dipendenza totale
- ☐ Richiede l'assistenza di 2 o più persone

Area motoria

	MOBILIZZAZIONE DA LETTO		AIUTO DEAMBULAZIONE		MOBILITA' INTERNA
	Si alza senza aiuto		Nessun aiuto		Si muove liberamente nella residenza
	Deve essere aiutato		Aiuto meccanico		Si muove solo in camera
	Deve essere alzato da qualcuno		Aiuto umano		Non può essere alzato mai dal letto

Progetto:

Giorni e orari degli accessi

Diario (con data dell'accesso e nominativo dell'operatore)
