



SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE

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

Cognome Nome

SCHEDA COMPILATA DA:

☐ Sig./ra in qualità di (rapporto Familiare o Giuridico)

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

USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADI | <input type="checkbox"/> RSA Aperta |
| <input type="checkbox"/> SAD | <input type="checkbox"/> CDI |
| <input type="checkbox"/> Assistente Familiare | <input type="checkbox"/> 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 e cognome	Grado di parentela	Indirizzo	Recapito telefonico	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 Sì, 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 (specificare) | | |

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

- ☐ Zona isolata (abitazione in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, ecc.)
- ☐ Zona decentrata (abitazione in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- ☐ Centro abitato

BARRIERE ARCHITETTONICHE

- ☐ Nessuna
- ☐ Solo esterne
- ☐ Solo interne
- ☐ Interne ed esterne

BAGNO

- ☐ Interno
- ☐ Esterno
- Supporti antiscivoli
- ☐ Sì ☐ No

RISCALDAMENTO

- ☐ In tutti i locali
- ☐ Solo in alcuni locali
- ☐ Tipologia di impianto
-

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 e 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

.....