

Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 Vailate (Cremona) - Via Caimi, 21

Tel. 0363-84020 - Fax 0363/340373

E-mail: caimi@fondazionecaimi.it

P.I. 00305030199

| | |
|---|-------|
| SCHEDE DI VALUTAZIONE SOCIALE PER L'ACCESSO AL CENTRO DIURNO INTEGRATO | DATA: |
|---|-------|

| | |
|----------------------|-------|
| OPERATORE REFERENTE: | TEL.: |
|----------------------|-------|

| |
|--|
| <p><u>Dati anagrafici e composizione familiare</u></p> <p>Utente</p> Nome e cognome Sesso: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Data di nascita Stato civile Residenza (via, n. civico, località) Telefono Domicilio (se diverso dalla residenza) Codice Fiscale Tessera sanitaria Invalidità% Indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In corso Esenzioni ticket Beneficia di ausili (ad es. carrozzina, deambulatore, pannoloni, sacche per urina, ecc.) <p>Richiedente</p> Nome e cognome Sesso: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Residenza (via, n. civico, località) Telefono Grado di parentela <p>Altri familiari o referenti</p> Nome e cognome Sesso: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Residenza (via, n. civico, località) Telefono Grado di parentela <p>Nome e cognome Sesso: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Residenza (via, n. civico, località) Telefono Grado di parentela</p> |
|--|

1. Potenzialità del sistema familiare

1.a Solo assoluto

1.b Vive solo Se sì vada al punto 1.c

Quanti sono i familiari conviventi?

1.b.1 persone di età =< a tre anni

1.b.2 persone minorenni

1.b.3 persone titolari di invalidità => al 74%

1.b.4 persone di età => a 75 anni

1.b.5 persone con problematiche specifiche (malattie, disturbi psichiatrici o psicologici, abuso di alcool o sostanze stupefacenti, altro)? Se sì, specificare

.....
.....

Quanti hanno un'occupazione: a tempo pieno part-time

Osservazioni:

.....
.....
.....

1.c Familiari non conviventi (figli o, in assenza, altri parenti maggiorenni)

Grado di parentela Residenza¹ Limitazioni² Coinvolgimento nella cura³

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Osservazioni:

.....
.....
.....

- 1) Indicare la città di residenza
- 2) Segnalare se la persona, o un altro membro del suo nucleo familiare, si trova in una o più delle seguenti situazioni: minore di età fino a 16 anni, anziano di età uguale o maggiore di 75 anni, invalido civile con percentuale uguale o superiore al 74%, persona con problematiche specifiche quali malattia, disturbi psichiatrici o psicologici, abuso di alcool o sostanze stupefacenti. Per problematiche specifiche o diverse da quelle elencate, specificare il motivo della limitazione.
- 3) Specificare il tempo dedicato alla cura dell'anziano e le attività svolte.

2. Situazione abitativa

Indicare eventuali caratteristiche dell'abitazione che rendono difficoltosa l'assistenza all'anziano a domicilio (ad es. isolata e poco servita, sovraffollamento, barriere architettoniche, ecc.)

.....
.....
.....
.....

3. Vita di relazione

L'anziano ha relazioni esclusivamente all'interno del proprio nucleo familiare

L'anziano ha relazioni all'interno e all'esterno del proprio nucleo familiare

Osservazioni:

.....
.....
.....

4. Utilizzo dei servizi

4.a Negli ultimi 12 mesi l'anziano ha usufruito di prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie?

4.a.1 Se sì, quali:

| | | <u>Tipo di prestazione</u> | <u>Frequenza</u> |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
| Assistenza domiciliare | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | |
| Assist. Domiciliare integrata | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | |
| Telesoccorso | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | |
| Segretariato sociale | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | |
| I.D.R. / C.R.A. | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | |
| Centro diurno integrato | <input type="checkbox"/> | | |
| Altro, specificare | | | |
| | | | |

Tali prestazioni sono ritenute adeguate alle esigenze assistenziali dell'anziano? Se no, perché?

.....
.....
.....
.....

4.a.2 Se no perché:

nessun bisogno

domanda non evasa Specificare la prestazione richiesta e il servizio a cui ci si è rivolti:

.....
.....
.....

problemi economici

Osservazioni:

.....
.....
.....

5. Rete di intervento

| | <u>Attività</u> | <u>Frequenza</u> |
|---------------------------|-----------------|------------------|
| Assistente privata ad ore | | |
| | | |
| Badante | | |
| | | |
| Vicini di casa | | |
| | | |
| Volontari | | |
| | | |
| Altro (specificare) | | |
| | | |
| | | |

Osservazioni:

.....
.....

Altre osservazioni o segnalazioni

.....
.....
.....
.....