



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**

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

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

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**
