

# Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 Vailate (Cremona) - Via Caimi, 21

Tel. 0363-84020 - Fax 0363/340373

E-mail: caimi@fondazionecaimi.it

P.I. 00305030199

<b>SCHEDE DI VALUTAZIONE SOCIALE PER L'ACCESSO AL CENTRO DIURNO INTEGRATO</b>	DATA:
---	-------

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

<p><b><u>Dati anagrafici e composizione familiare</u></b></p> <p><b>Utente</b></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><b>Richiedente</b></p> Nome e cognome ..... Sesso: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Residenza (via, n. civico, località) ..... Telefono ..... Grado di parentela ..... <p><b>Altri familiari o referenti</b></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>
--



**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**

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