

## RICHIESTA DI INTERVENTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Genere:  M  F

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria\* \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

Domicilio (compilare solo se differente dalla residenza):

Domiciliato in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INTERVENTO)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: casa \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo e mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Legame di parentela \_\_\_\_\_

**GIORNI E NR ORE RICHIESTE**

- Lunedì \_\_\_\_\_ ore nr: \_\_\_\_\_
- Martedì \_\_\_\_\_ ore nr: \_\_\_\_\_
- Mercoledì \_\_\_\_\_ ore nr: \_\_\_\_\_
- Giovedì \_\_\_\_\_ ore nr: \_\_\_\_\_
- Venerdì \_\_\_\_\_ ore nr: \_\_\_\_\_
- Sabato \_\_\_\_\_ ore nr: \_\_\_\_\_
- Domenica \_\_\_\_\_ ore nr: \_\_\_\_\_

**MOTIVAZIONE RICHIESTA INTERVENTO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

CON CHI VIVE
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti _____ <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Presenza di collaboratore familiare: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Presenza 24/24</li> <li><input type="radio"/> Presenza diurna</li> <li><input type="radio"/> Presenza notturna</li> <li><input type="radio"/> Presenza solo in giorni specifici: _____</li> </ul>

TUTELA
<input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno N° decreto _____ <input type="checkbox"/> Inabilità <input type="checkbox"/> Interdizione <input type="checkbox"/> Curatela/procura
Nome e cognome figura tutelare: _____
Recapiti: _____ _____ _____ _____

SITUAZIONE ABITATIVA
<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche <input type="checkbox"/> Altre difficoltà dell'alloggio: _____
<input type="checkbox"/> Presenza ascensore <input type="checkbox"/> Servizi igienici adeguati <input type="checkbox"/> Presenza servizi di portierato <input type="checkbox"/> Presenza di animali (spec): _____
<input type="checkbox"/> Zona di Milano _____

SITUAZIONE COVID
<input type="checkbox"/> Ciclo vaccinale completo Data: _____
<input type="checkbox"/> Covid pregresso Data guarigione: _____
<input type="checkbox"/> Soggetto NON vaccinato Motivazione: _____ _____

SITUAZIONE FAMILIARE
<input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Celibe/nubile <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Non dichiarato
<input type="checkbox"/> Fratelli (N:     )
<input type="checkbox"/> Sorelle (N:     )
<input type="checkbox"/> Figli (N:     )
<input type="checkbox"/> Figlie (N:     )

SERVIZI SOCIO SANITARI ATTIVI
<input type="checkbox"/> Assistente sociale di riferimento: _____ Recapiti: _____
<input type="checkbox"/> CPS <input type="checkbox"/> Custode sociale – Portierato Sociale <input type="checkbox"/> Associazioni volontariato <input type="checkbox"/> Parrocchie <input type="checkbox"/> Altro

**Riferimento Medico Medicina Generale:**

Dott. \_\_\_\_\_ recapito tel: \_\_\_\_\_

**ANALISI DEI BISOGNI**

In questa sezione si richiede alla famiglia (se possibile in sinergia con il medico curante) di fornire un quadro riassuntivo dei bisogni assistenziali del proprio caro, nonché delle sue capacità, abilità e condizioni generali.

<p>☞ <b>Bisogni di tipo sociale</b></p> <p><input type="checkbox"/> solitudine</p> <p><input type="checkbox"/> socializzazione</p> <p>Spec:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>☞ <b>Bisogni di tipo sanitario</b></p> <p><input type="checkbox"/> somministrazione terapia farmacologica</p> <p><input type="checkbox"/> interventi medico-infermieristici</p> <p><input type="checkbox"/> riabilitazione</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>☞ <b>Bisogni di tipo assistenziale</b></p> <p><input type="checkbox"/> elevato carico assistenziale</p> <p><input type="checkbox"/> disturbi del comportamento /disturbi di tipo psichiatrico</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE**

- Presenza di invalidità (se sì, specificare la percentuale: \_\_\_\_\_)
  - Indennità di accompagnamento
  - Ultima Diagnosi effettuata da specialista (medico curante, pronto soccorso, reparto di degenza, etc...)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Condizioni psichiche (è possibile selezionare più di una voce)**

- Nessun disturbo
- Stati ansiosi, episodi di deflessione dell'umore, stati depressivi
- Confusione e disorientamento spaziale e/o temporale
- Compromissione memoria
- Gravi alterazioni del comportamento
  - aggressività verbale e/o fisica
  - turpiloquio
  - tentativi di fuga
- Apatia, minima o assente interazione con gli altri

**Eventuali note:**

---

---

---

**Mobilità**

- Cammina da solo/a
- Esce con aiuto di figura a latere
- Mobilità con aiuto: ausili/protesi
- Allettato/a

**Eventuali note:**

---

---

---

**Alimentazione**

- Autonomia nella preparazione del pasto
- Mangia da solo/a, ma il pasto è preparato da altri
- Mangia con aiuto (es: imboccamento)
- Nutrizione artificiale (PEG, SNG, Flebo...)

**Eventuali note:**

---

---

---

**Capacità di utilizzo dei servizi igienici**

- Autonomia
- Necessità di aiuto (accompagnamento in bagno)
- Incontinenza occasionale
- Incontinenza fecale
- Incontinenza urinaria
- Portatore/trice di catetere

**Eventuali note:**

---

---

---

**Vestizione**

- Autonomo/a
- Autonomo/a, ma necessita di supervisione

- Si veste con aiuto
- Dipendenza totale

**Eventuali note:**

---

---

---

**Igiene personale**

- Si lava da solo/a
- Si lava con difficoltà (autonomo solo per mani e viso)
- Si lava con aiuto
- Dipendenza totale

**Eventuali note:**

---

---

---

**Linguaggio:**

- Linguaggio comunicativo: il paziente formula frasi di senso ed è in grado di esprimere i propri bisogni
- Linguaggio non comunicativo: il paziente è in grado di pronunciare le parole, ma l'espressione dei bisogni non è chiara
- Frasi passpartout o ecolalia
- Linguaggio assente (afasia)

**Eventuali note:**

---

---

---

**Pulizie domestiche**

- Autonomia
- Esegue con difficoltà
- Esegue con aiuto
- Non le esegue

**Eventuali note:**

---

---

---

**Spesa**

- Autonomia
- Esegue con difficoltà
- Esegue con aiuto
- Non la esegue

**Eventuali note:**

---

---

---

**Autonomia amministrativa e comunicativa**

- Sa usare il telefono
- Sa amministrare il denaro
- Sa chiedere aiuto
- Sa firmare

**Eventuali note:**

---

---

---