

SCHEDA PERSONALE DELL'UTENTE

Cognome		
Nome		
Sede del soggiorno richiesta		
Periodo		
Rapporto di assistenza richiesto		
Usa carrozzina sempre	SI	NO
Usa carrozzina solo come appoggio	SI	NO
Viaggio andata	SI	NO
Viaggio ritorno	SI	NO
Carrozzina fissa in viaggio	SI	NO
Luogo di nascita		
Data di nascita		
Codice Fiscale		
Residenza		
Indirizzo		
CAP		
Servizio di riferimento		
Figura di riferimento		
Telefono		
Cellulare		
E-mail		
Figura di riferimento alternativa		
Telefono		
Cellulare		
E-mail		

Foto

PARTE RELAZIONALE

1) RELAZIONE

Cerca la relazione con la famiglia			SI	NO
1 Sempre	2 Spesso	3 A volte	4 Poco	5 Raramente
Cerca la relazione con l'operatore			SI	NO
1 Sempre	2 Spesso	3 A volte	4 Poco	5 Raramente
Cerca la relazione con altre persone			SI	NO
1 Sempre	2 Spesso	3 A volte	4 Poco	5 Raramente
Approccio consigliato				
1 Deciso	2 Paziente	3 Rassicurante	4 Calmo	5 Allegro

Note

2) CARATTERE

A	Aggressivo	SI	NO	
1 Sempre	2 Spesso	3 A volte	4 Poco	5 Raramente
B	Facilmente irritabile	SI	NO	
1 Sempre	2 Spesso	3 A volte	4 Poco	5 Raramente
C	Lunatico	SI	NO	
1 Sempre	2 Spesso	3 A volte	4 Poco	5 Raramente
D	Socievole, tranquillo	SI	NO	
1 Sempre	2 Spesso	3 A volte	4 Poco	5 Raramente
E	Apatico	SI	NO	
1 Sempre	2 Spesso	3 A volte	4 Poco	5 Raramente

Note

3) LINGUAGGIO

A	Parla e si esprime senza difficoltà.
B	Parla con difficoltà ma si fa comprendere
C	Per esprimersi usa solo alcune parole, gesti, simboli.
D	Utilizza e dispone di ausili per comunicare
E	Non si esprime con un linguaggio decodificabile.

Note

4) SONNO

A	Si addormenta facilmente senza uso di farmaci e dorme tutta la notte.
B	Si addormenta con difficoltà. Ha bisogno di farmaci. Può avere il sonno disturbato.
C	Ha il sonno molto disturbato. Si sveglia spesso la notte.
D	A volte scambia il giorno per la notte.

Note

5) LUOGHI E ATTIVITA'

GRADITI	SGRADITI

Note

Altre segnalazioni

PARTE MEDICA

1) Diagnosi

2) Disabilità

3) Terapia farmacologica attuale

4) Terapia d'emergenza attuale

5) Allergie conosciute

A CONFERMA DEL SERVIZIO E PRIMA DELLA PARTENZA I PUNTI DA 1 A 5 DOVRANNO ESSERE COMPILATI E SOTTOSCRITTI DAL MEDICO CURANTE, CHE ALLEGHERA' I CERTIFICATI PREVISTI NEI PUNTI DA 3 A 5.

