

M0901-11 Questionario pre-ingresso

Per accogliere al meglio il nostro futuro ospite, vorremmo avere fin da subito alcune informazioni importanti che faciliteranno l'inserimento in struttura. Non esitate a chiedere chiarimenti o aiuto nella compilazione!

OSPITE (Cognome e Nome)	Data di Nascita	Luogo di nascita
Motivi della domanda di ricovero	<input type="checkbox"/> Stato di salute <input type="checkbox"/> Solitudine	
	<input type="checkbox"/> Problemi famigliari (specificare):	
	<input type="checkbox"/> Condizioni abitative non più adeguate alla condizione della persona	
	<input type="checkbox"/> Trasferimento da altra struttura (specificare le motivazioni):	
	<input type="checkbox"/> Impossibilità di gestire la situazione in casa con badanti	
Rispetto alla decisione di ricovero, l'anziano è:	<input type="checkbox"/> Consenziente <input type="checkbox"/> Non in grado di decidere	
	<input type="checkbox"/> Indeciso (specificare le ragioni):	
Stato civile	<input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> Coniugato/a - convivente Il coniuge è: <input type="checkbox"/> Autosufficiente <input type="checkbox"/> Parzialmente autosuff <input type="checkbox"/> non autosuff	
	<input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a	
Figli	Maschi:	Femmine:
	C'è stato qualche figlio deceduto prematuramente?	
Elenco dei principali famigliari e/o persone di riferimento (coniuge, figli e/o nipoti, altro)	Cognome e Nome	Grado di parentela
Storia famigliare (informazioni sui genitori, fratelli e sorelle, eventi importanti nella vita della persona, lutti...)		
Come sono i rapporti intrafamigliari? Ritenete opportuno segnalare qualche situazione?		
SCOLARITA'	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> V	
	<input type="checkbox"/> Licenza di scuola media inferiore - avviamento	
	<input type="checkbox"/> Scuola professionale <input type="checkbox"/> Diploma scuola media superiore	
	<input type="checkbox"/> Laurea in <input type="checkbox"/> Altro (specificare):	

M0901-11 Questionario pre-ingresso

PROFESSIONE Settore: Per quanti anni?
 Settore: Per quanti anni?
	<input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Altro:
INVALIDITA' CIVILE e ESENZIONI	<input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Nessuna
	<input type="checkbox"/> Riconosciuta al _____ % (si allega documentazione)
	<input type="checkbox"/> Esenzione ticket
Informazioni circa la vita lavorativa e dopo la pensione (atteggiamento verso il lavoro, come ha vissuto il pensionamento, attività di volontariato...)	
Come descriverebbe il carattere del suo familiare?	
Religione:	<input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Non praticante
	Desidera essere accompagnato a Messa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Hobbies/interessi/sport praticati	
Come si svolge la giornata tipo a casa (o in istituto)?	
Usa i seguenti ausili/presidi a domicilio	<input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Sollevatore
	<input type="checkbox"/> Girello <input type="checkbox"/> Bastone
	<input type="checkbox"/> Materasso antidecubito <input type="checkbox"/> Nessuno
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Desidera segnalare particolari abitudini della persona riguardo all'alimentazione?	
Desidera segnalare particolari abitudini della persona riguardo all'igiene personale?	
Altre abitudini da segnalare?	

M0901-11 Questionario pre-ingresso

Fuma?	<input type="checkbox"/> SI/ <input type="checkbox"/> NO Quante?			
Ci sono situazioni problematiche che si presentano nella quotidianità? In che momento della giornata?				
Nel caso in cui si crei una situazione problematica (es. disorientamento, insonnia, confusione, aggressività...) come le affrontate a casa? Che strategie attuate?				
Informazioni circa la situazione psicologica	C'è stato qualche familiare con Alzheimer, demenza, arteriosclerosi o disturbi di memoria gravi?	<input type="checkbox"/> SI Chi?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
Nome, cognome e grado di parentela di chi compila		Data e firma		