



FONDAZIONE

“Bartolomea Spada – Schilpario – Valle di Scalve”
O.N.L.U.S.

MOD15 - 04 – 2020
pagina 1 di 3



A.C.R.B.
Associazione Case di Riposo
della Provincia di Bergamo



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

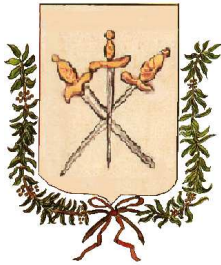
- Tutore
 Curatore
 Amministratore di Sostegno
 Ha in corso la pratica per la nomina di (*specificare*)
.....

PARENTI REFERENTI PER EVENTUALI CONTATTI

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



FONDAZIONE

“Bartolomea Spada – Schilpario – Valle di Scalve”

O.N.L.U.S.

MOD15 - 04 – 2020
pagina 2 di 3

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

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

BAGNO

- interno
- esterno
- supporti antiscivolo:
Sì No

RISCALDAMENTO

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

MOTIVO DEL RICOVERO

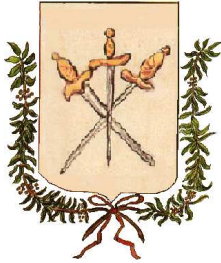
- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

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

AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO ORIGINARIO

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA ATTUALE	RECAPITO TELEFONICO



FONDAZIONE

“Bartolomea Spada – Schilpario – Valle di Scalve”
O.N.L.U.S.

MOD15 - 04 – 2020
pagina 3 di 3

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA ATTUALE	RECAPITO TELEFONICO

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
