

## SCHEDA INSERIMENTO OSPITE

Data compilazione \_\_\_\_\_ Data ingresso \_\_\_\_\_

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

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Ulss \_\_\_\_\_

N. Libretto Sanitario \_\_\_\_\_ Esenzioni \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

Allergie \_\_\_\_\_

Invalità Civile \_\_\_\_\_ Indennità di Accompagnamento \_\_\_\_\_

Esenzione Ticket \_\_\_\_\_

Profilo SVAMA \_\_\_\_\_ Impegnativa di residenzialità \_\_\_\_\_

Portatore di malattie infettive: \_\_\_\_\_

### CONTATTI DEI FAMILIARI

Nome \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_ n° tel. \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_ n° tel. \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_ n° tel. \_\_\_\_\_

Amministratore di Sostegno/Tutore \_\_\_\_\_ n° tel. \_\_\_\_\_

### VITA SOCIALE A DOMICILIO (relazioni, contatti con parenti, ecc.)

---



---



---



---



---



---



---



---

### ABITUDINI DI VITA/HOBBY

(es.giocare a carte, stare solo/a, ballare, cantare, stare in compagnia, giardinaggio, guardare tv, film, giocare a bocce, dipingere, ecc.)

---



---



---



---

**DISPONIBILITA'AD ENTRARE IN STRUTTURA**

Tempo: \_\_\_\_\_

Struttura:  Casa di Soggiorno Giacomo e Alberto Binotto  Casa di Soggiorno Prealpina**VISITA DOMICILIARE/OSPEDALE**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**INFORMAZIONI SANITARIE:****1)RICOVERI PRECEDENTI**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**2)PATOLOGIE ATTUALI**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**3) TERAPIA**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**4) LESIONI DA DECUBITO (Indicare anche eventuali ausili utilizzati)**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**IGIENE PERSONALE :** IndipendenteNecessita di supervisione per sicurezzaNecessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le maniTotalmente dipendente

NOTE: \_\_\_\_\_

**ABITUDINI INTESTINALI:** Continenza  Stipsi Incontinenza Pannolone Lassativi: \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_



**PROTESI:** Dentaria  sopra  sotto  ambedue Autonomia nella disinfezione:  si  no  
Altre  \_\_\_\_\_

**CAPACITA' PERCETTIVA**

**UDITO:**  Normale  Ipoacusia:  DESTRA  SINISTRA  Apparecchio Acustico:  DESTRO  SINISTRO

**VISTA:**  Normale  Alterazioni alla vista  Occhiali

**NOTE:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CAPACITA' COGNITIVO/LINGUISTICA**

**ORIENTAMENTO TEMPORALE:** ( data, giorno, mese, anno, stagione)

\_\_\_\_\_

**ORIENTAMENTO SPAZIALE:** ( dove si trova, città, provincia, regione)

\_\_\_\_\_

**MEMORIA AUTOBIOGRAFICA:** ( si ricorda dati anagrafici, membri familiari)

\_\_\_\_\_

**ABILITA' COMUNICATIVE:**

Compromesso  Fluido  A tratti confuso

**ALTRE NOTE:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cavaso del Tomba, li \_\_\_\_\_

Firma compilatore \_\_\_\_\_

Firma ospite o chi lo rappresenta \_\_\_\_\_