



## SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI BISOGNI

Servizio: **Assistenza Domiciliare**

Comune \_\_\_\_\_

Data Compilazione: \_\_\_\_\_ Firma Compilatore: \_\_\_\_\_

### **DATI ANAGRAFICI DELL'UTENTE**

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

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

C.F. \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ Via N. \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Altro Recapito \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Sesso: M F Stato civile: coniugato celibe/nubile separato/divorziato vedovo

ISEE \_\_\_\_\_ Fonte di Reddito \_\_\_\_\_ importo mensile € \_\_\_\_\_

### **ISTRUZIONE E LAVORO**

#### **Attualmente frequenta:**

Scuola dell'Infanzia  Scuola Primaria  Scuola secondaria di 1° grado

Scuola secondaria di 2° grado  Università  altro

### **SE MINORE**

Attualmente è assistito da \_\_\_\_\_

(Indicare figure quali ad esempio Assistente alla comunicazione/insegnante di sostegno/educatore/etc..)

**Titolo di studio conseguito:** \_\_\_\_\_

Nessun titolo  Licenza elementare  Diploma scuola secondaria di 1° grado

Diploma scuola secondaria di 2° grado  Laurea

#### **Qualifica professionale:**

Attualmente svolge un lavoro?  Sì  No

Se sì, quale attività svolge? Se no, in passato ha svolto un'attività lavorativa? Quale?

---

## CONTESTO FAMILIARE E ABITATIVO:

### Componenti del nucleo familiare:

Nominativo	Relazione con l'Utente	Età	Professione

Altre persone che convivono nell'abitazione: \_\_\_\_\_

### Abitazione:

Di proprietà	In affitto	Piano	Ascensore
<i>Dislocazione abitazione sul territorio:</i>	Servita (mezzi pubblici, servizi vari)	Poco servita	Isolata
<i>Condizione igieniche apparenti:</i>	Sufficienti (buona igiene dell'abitazione)	Mediocri (inadeguata pulizia dell'abitazione)	Insufficienti (abitazione antigienica, intervento tempestivo di pulizia)
<i>Barriere architettoniche:</i>	Solo esterne	Solo interne	interne ed esterne
<i>Condizioni dell'abitazione:</i>	Sufficienti (presenza di riscaldamenti adeguati, servizi idonei, ecc)	Mediocri (riscaldamenti malfunzionanti o inadeguati, umidità, ecc.)	Insufficienti (riscaldamenti inesistenti, servizi all'esterno dell'abitazione, assenze)

Abitazione idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità e igienicamente idoneo):  Sì  No

Se no, descrivere le condizioni dell'abitazione

---

Presenza in casa di barriere architettoniche:  Sì  No

Se sì, descrivere il tipo di barriere

---

Presenza di altri familiari con disabilità all'interno dell'abitazione:  Sì  No

Se sì, descrivere il tipo di disabilità:

---



Disponibilità del trasporto familiare:  Si  No

Possibilità di utilizzo autonomo di un mezzo di trasporto:  Si  No

Possibilità di utilizzo del trasporto pubblico in maniera autonoma:  Si  No

Possibilità di utilizzo del trasporto pubblico con l'aiuto di una persona:  Si  No

**Attualmente è assistito da:**

Un solo familiare  Più familiari  Volontari  Operatori rimborsati dalla famiglia

Rete amicale/vicinato  Nessuno

**Caregiver (familiare/parente/amico/badante) di riferimento:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

**Altro soggetto di riferimento:**

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

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_

**Frequenta un centro diurno/struttura di riabilitazione/centri ludico ricreativi?** SI | NO

Se SI, indicare la struttura e in quali fasce orarie è impegnato

\_\_\_\_\_

**CONDIZIONE MEDICA GENERALE**

**Medico curante:**

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

Indirizzo \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

**Diagnosi medica:**

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

Assume Farmaci?  SI  NO

Se "SI", indicare tempi e posologia di assunzione:

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

E'allergico/a a farmaci?  SI  NO



Se “SI”, indicare quali:

---



---

Soffre di allergie alimentari?  SI  NO

Se “SI”, indicare quali:

---



---

**UTILIZZA AUSILI TECNICI PER LA FUNZIONE**

Cardiaca \_\_\_\_\_  
 Respiratoria \_\_\_\_\_  
 Renale \_\_\_\_\_  
 Motoria \_\_\_\_\_  
 Comunicativa \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

**AREA SENSORIALE**

	Abbastanza bene	bene	poco	per niente	annotazioni
Come sente?					
Come vede?					
Come comunica? (produzione)					
Come comunica? (comprensione)					

**AUTONOMIA PERSONALE**

	MOBILITA'	
	SI	NO
Soggetto allettato		
Riesce ad alzarsi dal letto?		
Riesce a stare in piedi?		
Utilizza ausili per la mobilità?		

<b>ALIMENTAZIONE</b>	SI	NO
Riesce a preparare i pasti da solo?		
Riesce ad assumere i pasti da solo?		

### **ATTIVITA' GENERALI**

	da solo	da solo ma con difficoltà	con l'aiuto di un'altra persona
Come gestisce la cura e la pulizia dell'ambiente domestico?			
Assume le medicine senza aiuto			
Come riesce a vestirsi/svestirsi ?			
Uso e gestione del denaro			

### **IGIENE PERSONALE**

	da solo	da solo ma con difficoltà	con l'aiuto di un'altra persona
Come gestisce la pulizia personale?			
	SI	NO	
Utilizzo del pannolone per incontinenza urinaria			
Utilizzo del pannolone per incontinenza urinaria ed anale			

### **AREA SOCIALE**

#### **SOCIALIZZAZIONE**

Riesce ad uscire di casa da solo?  SI  NO

Se no, chi lo accompagna abitualmente?

Cosa le piace fare di più?

leggere  guardare la TV  giocare a carte  ascoltare la musica

altro (specificare) \_\_\_\_\_

Quando esce, di solito frequenta (si possono segnare più risposte):

amici  luoghi di svago (*cinema, ristoranti, etc.*)  altri luoghi (specificare) \_\_\_\_\_

luoghi di riabilitazione psico-motoria (*palestre, piscine, centri di salute mentale, etc.*)

**PROVVIDENZE ECONOMICHE ED ACCERTAMENTI INVALIDITA':**

Il richiedente è titolare di indennità di accompagnamento?  SI  NO

Il richiedente è titolare di pensione di invalidità?  SI  NO

Il richiedente è in possesso di riconoscimento di invalidità?  SI  NO ( Percentuale \_\_\_\_\_ %)

**Osservazioni a cura dell'Assistente Sociale**

*(Beneficiario o chi ne fa le veci)*

*L'ASSISTENTE SOCIALE*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Utente o chi ne fa le veci – Nome e Cognome in stampatello)

(Firma)