



SCHEDA UTENTE SAD / ADI

DR02/P06
Rev. 00 del 10-05-10

ENTE: **Comune di**
SERVIZIO di Assistenza Domiciliare

ANAGRAFICA

Cognome _____ Nome _____ Sesso _____

Nato/a a _____ Prov _____ il _____

Residente in _____ prov. _____

Via/piazza _____ n° _____ tel. _____

Stato Civile _____ Professione _____ Gr. Istruzione _____

Cod. fiscale _____ Esenzione ticket SI NO

FAMIGLIA

Cognome e Nome	Parentela	Età	Telefono	Convivente		Priorità per urgenze*
				Si	No	

* la priorità per le urgenze parte da 1 per la persona da contattare in prima ipotesi, 2 per la persona da contattare in seconda ipotesi

NOTE UTENTE

Autosufficiente Non autosufficiente

Intolleranza alimentare ed allergie a farmaci _____

Diagnosi medica e terapia farmacologia _____



SCHEDA UTENTE SAD / ADI

DR02/P06
Rev. 00 del 10-05-10

Altro _____

FUNZIONALITA' ABITATIVA

Funzioni ed elettrodomestici	Si	No	
Ascensore			
Telefono fisso			
Televisore			
Aspirapolvere			
Radio			
Lavatrice			
Frigorifero			
Lavastoviglie			
Riscaldamento			Specificare _____
Barriere architettoniche			Specificare _____

BISOGNI EVIDENZIATI

Riordino del letto e della stanza	
Pulizia dei servizi e dei vani ad uso dell'utente	
Cambio della biancheria	
Lavaggio e stiratura della biancheria	
Piccoli lavori di rammendo e di cucito	
Spesa e rifornimenti	
Preparazione dei pasti	
Piccole riparazioni	
Segretariato sociale	
Altro _____	



SCHEDA UTENTE SAD / ADI

DR02/P06
Rev. 00 del 10-05-10

AIUTI ATTI A FAVORIRE E/O MANTENERE L'AUTOSUFFICIENZA

Alzare l'utente dal letto	
Cura ed igiene della persona	
Vestizione	
Nutrizione	
Aiuto per una corretta deambulazione	
Aiuto nel movimento arti invalidati e nell'utilizzo di ausili sanitari	
Mobilizzazioni persona allettata	
Altro _____	

Altre informazioni utili _____

Le ricordiamo infine che Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Titolare del Responsabile del trattamento.

Titolare del trattamento è la COOPERATIVA SOCIALE -----VIA -----) -

Firma

Firma del Tutore congiunto _____

(nel caso in cui l'interessato non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente od in loro assenza, dal Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato — articolo 24 D.Lgs. 196/2003).

data, _____

Firma del coordinatore _____

Firma di riesame della Direzione _____



SCHEDA UTENTE SAD / ADI

DR02/P06
Rev. 00 del 10-05-10

Piano iniziale d'intervento _____

_____ Data verifica _____
Firma Coordinatore _____

Verifica trimestrale _____

_____ Data verifica _____
Firma Coordinatore _____

Verifica trimestrale _____

_____ Data verifica _____
Firma Coordinatore _____

Verifica trimestrale _____

_____ Data verifica _____
Firma Coordinatore _____