

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

Il presente documento segnala la situazione attuale, serve per entrare in lista d'attesa presso la nostra struttura, sottostà al segreto professionale ed è da compilare in tutte le sue parti e consegnare al momento del colloquio di conoscenza.

| | |
|------------------------|-------------|
| Segnalazione fatta da: | In data: |
| Indirizzo: | Numero Tel: |

DATI PERSONALI:

| | | |
|------------------|------------------|-----------|
| COGNOME: | NOME: | |
| Stato civile: | Nome del marito: | |
| Data di nascita: | Figli: | |
| Domicilio: | Nazionalità: | Permesso: |
| N° AVS: | Cassa malati: | |
| N° telefono: | N° natel: | |
| Religione: | | |

SITUAZIONE FAMILIARE:

| |
|--|
| |
|--|

RELAZIONI SIGNIFICATIVE, ENTI O PERSONE DI RIFERIMENTO:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Curatore | |
| <input type="checkbox"/> Medico curante | |
| <input type="checkbox"/> Psichiatra | |
| <input type="checkbox"/> Psicologo | |
| <input type="checkbox"/> Ginecologo | |
| <input type="checkbox"/> Assistente sociale | |
| <input type="checkbox"/> Altri medici o servizi specifici | |
| <input type="checkbox"/> Altre pers. di riferimento | |

SITUAZIONE MEDICA

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problematiche: | |
| <input type="checkbox"/> Cura farmacologica: | compilare Documento terapia farmacologia allegata |
| <input type="checkbox"/> Allergie, malattie croniche, diete, contraccezione, ecc.: | |
| <input type="checkbox"/> Suicidalità: | |
| <input type="checkbox"/> Collaborazione: | |

SITUAZIONE SOCIOECONOMICA

| | |
|---|---|
| Rendita Invalidità: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Domanda in corso <input type="checkbox"/> Altro | Prestazione complementare: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| AGI: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Esiguo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Elevato <input type="checkbox"/> No | |

SITUAZIONE PROFESSIONALE O SCOLASTICA

| | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scuole elementari: | <input type="checkbox"/> Medie: | <input type="checkbox"/> Superiori: |
| <input type="checkbox"/> Apprendistato: | <input type="checkbox"/> Formazione: | <input type="checkbox"/> Diploma |
| <input type="checkbox"/> Esperienze di lavoro: | | |

ATTIVITÀ ATTUALE:

| |
|-------------------|
| Datore di lavoro: |
| Indirizzo: |
| N° di telefono: |
| Interessi/hobby: |

SITUAZIONE FAMILIARE

| | Padre: | Madre: | Marito: |
|---------------------------|---------------|----------------|----------------|
| Cognome: | | | |
| Nome: | | | |
| Indirizzo: | | | |
| N° tel.: | | | |
| N° natel: | | | |
| Figli: | | | |
| Nome e cognome | | Nome e cognome | |
| Indirizzo | | Indirizzo: | |
| N° tel: | | N° tel: | |
| Fratelli /sorelle: | | | |
| Nome e cognome: | | Nome e cognome | |
| Indirizzo: | | Indirizzo: | |
| N° tel: | | N° tel: | |

RELAZIONI DELL'OSPITE CON LA FAMIGLIA/PARENTI

| |
|--|
| |
|--|

PROBLEMATICHE CONOSCIUTE

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consumo abusivo di medicinali | <input type="checkbox"/> Consumo non regolare di alcool |
| <input type="checkbox"/> Consumo non regolare di droghe leggere | <input type="checkbox"/> Ha subito abusi (sessuali, psicologici, ecc.) |
| <input type="checkbox"/> Altro: | |

DIFFICOLTÀ INCONTRATE (LAVORATIVE O ALTRE)

| |
|--|
| |
|--|

PRESENTAZIONE E CURA DELLA PERSONA

| |
|--|
| |
|--|

OBIETTIVO DELLA RICHIESTA DI COLLOCAMENTO

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|---------------|----------------------|
| Luogo e data: | Nome del compilante: |
|---------------|----------------------|

| | |
|--|--|
| <p>P.F. Lasciare in bianco</p> <p>Arrivo alla CdG:</p> <p>Periodo di prova dal al</p> <p>Soggiorno dal al</p> <p>Camera/monocale:</p> <p>PERMESSI DI USCITA</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; margin-top: 10px;"><tr><td></td></tr></table> | |
| | |

TERAPIA FARMACOLOGICA

Nome e cognome

| Medicamenti | mattino | mezzogiorno | sera | notte | osservazioni |
|------------------------|---------|-------------|------|-------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Terapia dépot | mattino | mezzogiorno | sera | notte | osservazioni |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Medicamenti di riserva | mattino | mezzogiorno | sera | notte | osservazioni |
| | | | | | |
| | | | | | |

Osservazioni:

Compilata il: