



COMUNE di : _____
COGNOME : _____
NOME : _____
CODICE : _____

AVPS - Via Cadorna, 28 - 20059 Vimercate (MI) Tel: 039/6612112

SERVIZIO DI TELEASSISTENZA

COMPILAZIONE A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE

SCHEDA PERSONALE

Data inizio servizio _____ Data fine servizio _____

ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____
Nat ____ a _____ Prov. _____ Il _____
Abitante a _____ CAP _____ Prov. _____
In via _____ N° _____ Tel _____
Stato civile _____ Sesso Maschile Femminile
Vive Solo
 Con altre persone (N° _____) _____

CONVIVENTI

1) Cognome _____ Nome _____
Nat ____ il _____ Grado _____
Impiego _____ Tel lavoro o cell _____
Note _____

2) Cognome _____ Nome _____
Nat ____ il _____ Grado _____
Impiego _____ Tel lavoro o cell _____
Note _____

PARENTE DI RIFERIMENTO

(a cui inviare le varie comunicazioni)

Cognome _____ Nome _____
Grado _____ Paese _____
Indirizzo _____ CAP _____
Tel casa: _____ Cell.: _____

SOCORRITORI (in ordine di chiamata)

E' necessario segnare almeno 2 soccorritori la cui disponibilità copra le 24 ore, il possesso delle chiavi è indispensabile per tutti i soccorritori

1) Rapporto con l'assistito (amico, vicino, parentela: _____

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____ Ha la chiave? Sì No
➤ Telefono casa _____ Minuti per raggiungere l'assistito _____
Reperibilità Sempre Dalle _____ alle _____ _____
➤ Telefono lavoro _____ Minuti per raggiungere l'assistito _____
Reperibilità Sempre Dalle _____ alle _____ _____
➤ Telefono cell _____ Note _____

2) Rapporto con l'assistito (amico, vicino, parentela: _____

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____ Ha la chiave? Sì No
➤ Telefono casa _____ Minuti per raggiungere l'assistito _____
Reperibilità Sempre Dalle _____ alle _____ _____
➤ Telefono lavoro _____ Minuti per raggiungere l'assistito _____
Reperibilità Sempre Dalle _____ alle _____ _____
➤ Telefono cell _____ Note _____

3) Rapporto con l'assistito (amico, vicino, parentela: _____

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____ Ha la chiave? Sì No
➤ Telefono casa _____ Minuti per raggiungere l'assistito _____
Reperibilità Sempre Dalle _____ alle _____ _____
➤ Telefono lavoro _____ Minuti per raggiungere l'assistito _____
Reperibilità Sempre Dalle _____ alle _____ _____
➤ Telefono cell _____ Note _____

4) Rapporto con l'assistito (amico, vicino, parentela. _____

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____ Ha la chiave? Sì No
➤ Telefono casa _____ Minuti per raggiungere l'assistito _____
Reperibilità Sempre Dalle _____ alle _____ _____
➤ Telefono lavoro _____ Minuti per raggiungere l'assistito _____
Reperibilità Sempre Dalle _____ alle _____ _____
➤ Telefono cell _____ Note _____

5) Rapporto con l'assistito (amico, vicino, parentela. _____

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____ Ha la chiave? Sì No
➤ Telefono casa _____ Minuti per raggiungere l'assistito _____
Reperibilità Sempre Dalle _____ alle _____ _____
➤ Telefono lavoro _____ Minuti per raggiungere l'assistito _____
Reperibilità Sempre Dalle _____ alle _____ _____
➤ Telefono cell _____ Note _____

ASSISTENZA SANITARIA

MEDICO DI BASE

Cognome _____ Nome _____
Tel. Abitazi: _____ Tel. Ambulatorio _____

ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO

Cognome _____ Nome _____
Tel. Ufficio _____ Fax Ufficio _____

E' presente in ufficio (giorno e orario) _____

INFORMAZIONI PERSONALI

Grado di istruzione Elementare Media Superiore
Professione attuale _____ Professione precedente _____
Interessi attuali (musica, _____
lettura, hobbies) _____

GRADO DI AUTOSUFFICIENZA

Da compilare barrando le caselle relative allo stato di autosufficienza

<i>PERFORMANCE</i>	<i>DA SOLO</i>		<i>CON AIUTO</i>	
	<i>Con facilità</i>	<i>Con difficoltà</i>	<i>Parziale</i>	<i>Totale</i>
<input type="checkbox"/> Si muove per casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si muove fuori casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fa le scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si alza dal letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si lava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Usa il gabinetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si veste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fa il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mangia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fa la spesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pulisce la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cucina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lava la biancheria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sa esprimersi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Livello di udito buono medio scarso

Patologie rilevanti _____

TIPO ABITAZIONE

Tipo di casa (Condominio, Villa, Cortile, Ringhiera..) _____

All'esterno c'è Citofono Nome sul citofono _____

Campanello Nome sul campanello _____

Piano dell'abitazione _____

Scala _____

Note : _____

INFORMAZIONI TECNICHE

Esiste una presa di corrente a breve distanza dalla presa telefonica? (50-100cm)

(necessaria per il funzionamento del terminale)

Sì No

Esistono altre prese telefoniche in casa?

Sì Quante? _____ No

Il telefono è del tipo a ghiera rotante? (tipo vecchio SIP)

Sì No

Note : _____

COMPILAZIONE A CURA DEL VOLONTARIO

(da compilare solo nel caso l'Assistito/a sia parente di un Volontario AVPS)

L'Assistito/a è parente di un Volontario AVPS?

Sì No

Nome e cognome del Volontario : _____

SCHEDA COMPILATA IL _____ FIRMA COMPILATORE _____