

SCHEDA DI INVIO

DATI PERSONALI

Nome e Cognome utente

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Numero di telefono _____ Cellulare _____

Stato civile _____

Cittadinanza _____

Codice fiscale _____

Condizione lavorativa _____

Servizio inviante _____

Operatore inviante _____

Comune di _____

Ipotesi del Servizio inviante rispetto agli obiettivi della segnalazione:

- o Esperienza abitativa e di vita: attraverso un percorso di sviluppo e di crescita delle autonomie abitative;
- o Sviluppo di modalità relazionali adeguate con persone non appartenenti al proprio contesto familiare;
- o Percorsi di integrazione con il territorio, attraverso la costruzione di rapporti con i servizi e le realtà del territorio, tali da consentire lo sviluppo e il mantenimento di una rete di supporto adeguata e stimolante;
- o Esperienza di sollievo: frequentazioni periodiche programmate (weekend, ferie estive, Natale, ...) per sostenere la famiglia nella presa in carico diretta e continuativa della persona disabile;
- o Altra finalità: (specificare)



- o Altra finalità: (specificare)

- o Altra finalità: (specificare)

Modalità e date di inserimento dell'utente presso la Residenza "Casetta Lule"

AREA SANITARIA

- Amministratore di sostegno / tutore SI' NO

Nome e Cognome Amministratore di sostegno / Tutore _____

Recapito telefonico _____

- Diagnosi _____

- Grado di invalidità _____

- Trattamenti farmacologici / terapie in corso (Allegare prescrizione medica; specificare indicazioni terapeutiche)

- Eventuali diete particolari / intolleranze alimentari _____



- Medico di riferimento (Specificare se medico di base, Psichiatra, ecc.)

- Indirizzo dello studio medico e recapito telefonico_____

- Ricoveri ospedalieri avvenuti recentemente (negli ultimi tre anni)
 Specificare durata, diagnosi e presso quale Azienda ospedaliera

- Attualmente l'utente è seguito da altri servizi SI' NO

Specificare
 quali_____

Operatore di
 riferimento_____

Qualifica (Educatore, ASA, Fisioterapista,...)

- Agevolazioni / sconti trasporti pubblici SI' NO

AREA SOCIO- FAMILIARE

Composizione del nucleo familiare

GRADO DI PARENTELA	NOME E COGNOME	COABITANTE	INVALIDITA' o PATOLOGIE RILEVANTI	RECAPITO TELEFONICO

- Patologie rilevanti nel nucleo familiare (psichiatriche, tossicodipendenze, alcolismo, ...)



- Dinamiche relazionali all'interno della famiglia (atteggiamento dei familiari nei confronti dell'utente, eventuali difficoltà relazionali, che tipo di contesto rappresenta la famiglia per l'utente)

- Rete sociale già presente (Associazioni di volontariato frequentate dall'utente, parrocchia, altri gruppi, ...)

- Attività del soggetto nel tempo libero: interessi personali, sport, hobby

- Socializzazione e modalità di relazione (competenze sociali, interpersonali, relazioni a carattere affettivo)

- Eventuale presenza di comportamenti auto ed etero aggressivi:

- Eventuale presenza di comportamenti "interferenti" o disadattivi (ad esempio stereotipie, rituali compulsivi, fantasia eccessiva...)

- Bisogni e aspettative dell'utente nei confronti dell'esperienza residenziale



▪Frequenzazione altri Servizi Disabili

Tipologia Servizio _____

Frequenza (Specificare giorni e orari) _____

▪Inserimento lavorativo SI' NO

Specificare tipo di lavoro, mansioni e orari

AREE DELL'AUTONOMIA

Il soggetto è in grado / non è in grado / ha bisogno di essere guidato nello svolgere le seguenti attività **(di seguito, specificare per ogni voce SI', NO, CON SUPERVISIONE)**

▪Autonomia personale:

- Si lava il viso
- Si lava i denti
- Si fa la doccia
- Si asciuga
- Si rade
- Segue una corretta igiene mestruale
- Si lava i capelli
- Provvede alla propria igiene intima
- E' in grado di mangiare e di tenere un comportamento corretto a tavola
- Sa vestirsi e svestirsi
- Sceglie gli indumenti adeguati
- Sa mettersi e togliersi le scarpe

▪Abilità domestiche e di cura del luogo di vita:

(di seguito, specificare per ogni voce SI', NO, CON SUPERVISIONE)

- Conosce gli elementi di primo soccorso
- Identifica sostanze e attività pericolose



- È in grado di usare il telefono in caso di emergenza (numeri di pronto soccorso)
- Apparecchia
- Sparecchia
- Si rassetta il letto
- Spolvera
- Lava i pavimenti
- Lava la biancheria

▪Area cognitiva:

(di seguito, specificare per ogni voce SI', NO, CON SUPERVISIONE)

- Possiede una buona organizzazione spazio-temporale
- Conosce il valore del denaro
- Utilizza correttamente il denaro
- Fa piccoli acquisti
- Conosce l'uso dell'orologio
- Conosce e utilizza il calcolo numerico
- E' in grado di leggere - scrivere
- Comprende ed utilizza solo messaggi semplici
- Comprende ed utilizza messaggi articolati

▪Motricità

Abilità grosso-motorie

(di seguito, specificare per ogni voce SI', NO, CON SUPERVISIONE)

- E' in grado di muoversi all'interno dell'ambiente domestico
- E' in grado di muoversi all'interno di un ambiente conosciuto
- E' in grado di muoversi all'esterno
- E' in grado di muoversi in un ambiente sconosciuto
- Utilizza un supporto esterno per la deambulazione (specificare quale, protesi, bastone, ...)



- Sa attraversare la strada
- Conosce il semaforo
- Utilizza mezzi privati (bicicletta, automobile, ...)
- Utilizza i mezzi pubblici.

▪ **Aree di autonomia maggiormente carenti / deficitarie, da potenziare e sviluppare** _____

Data della compilazione _____

A cura di _____



Allegati

Si chiede cortesemente di allegare alla presente scheda compilata:

- Relazione del servizio inviante
- Relazione servizio diurno frequentato
- Prescrizione medica terapie in atto
- Prescrizione medica diete alimentari
- Copia carta identità
- Copia codice fiscale
- Copia tessera sanitaria
- Autorizzazione firmata per le uscite sul territorio accompagnate da un educatore
- Eventuale autorizzazione per le uscite sul territorio non accompagnate da un educatore

La Coordinatrice dell'Appartamento protetto
per adulti diversamente abili "Casetta Lule"

Dott.ssa Ombretta Moroldo



Cooperativa sociale **LULE**