

SCHEMA INFORMATIVA SOCIO-ASSISTENZIALE INIZIALE

Raccolta preliminare di informazioni utili all'accoglienza

1. Autonomia e vita quotidiana

Area	Rilevazione iniziale
Mobilità	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> con ausilio <input type="checkbox"/> con assistenza Note _____
Alimentazione	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> necessita supporto <input type="checkbox"/> dieta personalizzata
Igiene personale	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> parzialmente assistita <input type="checkbox"/> assistita
Vestizione	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> parzialmente assistita <input type="checkbox"/> assistita
Orientamento	<input type="checkbox"/> adeguato <input type="checkbox"/> parzialmente compromesso <input type="checkbox"/> compromesso
Comunicazione	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> difficoltà uditive <input type="checkbox"/> difficoltà espressive <input type="checkbox"/> altro _____

2. Rischi, ausili e bisogni particolari

Voce	Rilevazione
Rischio di caduta	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Frequenza / circostanze _____
Ausili utilizzati	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> deambulatore <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> altri _____
Allergie / intolleranze	
Dieta / preferenze alimentari	
Gestione della continenza	
Presenza di lesioni, medicazioni o dispositivi	

3. Abitudini, interessi e relazioni

Voce	Informazioni
Abitudini rilevanti	
Interessi / hobby	

Voce	Informazioni
Preferenze quotidiane	
Relazioni significative	
Eventuali elementi di disagio	
Indicazioni utili per l'accoglienza	

4. Note del familiare / caregiver e dell'operatore

Voce	Compilazione
Osservazioni del familiare / caregiver	
Osservazioni dell'operatore	

Firma del familiare / caregiver

Firma dell'operatore

Luogo e data _____