



**SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE**  
 (allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)

**COGNOME**..... **NOME** .....

**Scheda compilata da:**

sig./ra .....in qualità di (*rapporto Familiare o Giuridico*) .....

Ass.te Sociale (Cognome e nome) ..... del territorio di .....

**USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI**

- ADI  RSA Aperta
- SAD  CDI
- Assistente Familiare
- Altro (*specificare*) .....

**INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI**

*attualmente la persona vive:*

- solo
- in altra struttura
- Altro (*specificare*) .....

**L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI**

- Tutore
- Curatore
- Amministratore di Sostegno
- Ha in corso la pratica per la nomina di (*specificare*) .....

**PARENTI REFERENTI PER EVENTUALI CONTATTI**

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.	RECAPITO E-MAIL

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì  No

*Se NO*, perché .....

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì  No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì  No

*Se SI'*, indicare dove e il periodo .....

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA .....

Indicare Cognome, Nome e recapito telefonico del **Medico di Medicina Generale**

.....

**PROTESI E AUSILI IN USO**

- deambulatore  personale  ASST
- materassino e cuscino antidecubito  personale  ASST
- letto ortopedico  personale  ASST
- presidio per incontinenza  personale  ASST
- altro (*specificare*) .....

**COLLOCAZIONE ABITAZIONE**

- zona isolata (abitazione in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi,etc.)
- zona decentrata (abitazione in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

**ADEGUATEZZA ABITAZIONE**

**BARRIERE ARCHITETTONICHE**

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

**BAGNO**

- interno
- esterno
- supporti antiscivolo:  
Sì  No

**RISCALDAMENTO**

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

**MOTIVO DEL RICOVERO**

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

**I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri? (es: fine settimana)**

- Sì  No

**AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO ORIGINARIO**

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA ATTUALE	RECAPITO TELEFONICO

Il sottoscritto..... in qualità di..... dichiara che il/la sig.r/ra ..... non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

*Data,* **FIRMA**

\_\_\_\_\_