

**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

\_\_\_\_\_