



A.C.R.B.
Associazione Case di Riposo della
Provincia di Bergamo



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 e cognome	Grado di parentela	Indirizzo	Recapito telefonico	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 Sì, 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
☐ Materassino e cuscino antidecubito
☐ Letto ortopedico
☐ Presidio per incontinenza
☐ Altro (specificare) _____

☐ Personale
☐ Personale
☐ Personale
☐ Personale

☐ ASST
☐ ASST
☐ ASST
☐ ASST

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

- ☐ Zona isolata (abitazione in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, ecc.)
☐ Zona decentrata (abitazione in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
☐ Centro abitato

BARRIERE ARCHITETTONICHE

- ☐ Nessuna
☐ Solo esterne
☐ Solo interne
☐ Interne ed esterne

BAGNO

- ☐ Interno
☐ Esterno
Supporti antiscivoli
☐ Sì ☐ No

RISCALDAMENTO

- ☐ In tutti i locali
☐ Solo in alcuni locali
☐ Tipologia di impianto

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 e 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
