

SCHEDA RACCOLTA DATI  
SERVIZIO di TELESOCORSO

*SCHEDA ANAGRAFICA*

<b>SCHEDA UTENTE</b>			
Nome .....	Cognome .....	Sesso (M) (F)	
Data di nascita .....	Luogo di nascita .....	Prov. ....	
Residente a .....		in via ..... n° .....	
C.A.P. ....	Prov. ....	N° telefono .....	N° cell. ....

<b>DATI CONVIVENTE</b>			
Nome .....	Cognome .....	Sesso (M) (F)	
Data di nascita .....	Luogo di nascita .....	Prov. ....	
Grado Parantela .....			
Presenza:	SEMPRE .....	()	
	DOPO ORARIO NORMALE LAVORO .....	()	
	SOLO DI NOTTE .....	()	
	DIPENDE DAI TURNI .....	()	
COLLABORA CON L'UTENTE? ..... (SI) (NO)			
Se no specificare il motivo: .....			
.....			
MALATTIE: .....			
.....			

NOTE : .....

.....

**SCHEDA RUOLO SOCIALE E FAMILIARE**

<b>UTENTE</b>	
LAVORA ..... (SI) (NO)	PENSIONATO ..... (SI) (NO)
LAVORO SVOLTO PRECEDENTEMENTE: .....	
<b>CONVIVENTE</b>	
LAVORA ..... (SI) (NO)	PENSIONATO ..... (SI) (NO)
LAVORO SVOLTO PRECEDENTEMENTE: .....	

**SITUAZIONE FAMILIARE**

<b>FIGLI</b>			
Cognome - Nome	Indirizzo	tel.	Cell.
1 .....	.....	.....	.....
2 .....	.....	.....	.....
3 .....	.....	.....	.....
4 .....	.....	.....	.....
5 .....	.....	.....	.....
Data e Luogo di nascita		Occupazione	
1 .....	.....	.....	
2 .....	.....	.....	
3 .....	.....	.....	
4 .....	.....	.....	
5 .....	.....	.....	
<b>SE NON SPOSATO O NON HA FIGLI, EVENTUALI PIU' PROSSIMI PARENTI</b>			
Cognome - Nome - Grado	Indirizzo	tel.	Cell.
1 .....	.....	.....	.....
2 .....	.....	.....	.....
3 .....	.....	.....	.....
4 .....	.....	.....	.....
5 .....	.....	.....	.....

NOTE : .....

.....

**SCHEDA PRIORITA'**

N.B. Segnare con 1,2,3 ..... l'ordine di priorità di chiamata.

<b>PARENTI DA CHIAMARE IN CASO DI BISOGNO (MAX 1 km di DISTANZA)</b>						
Cognome - Nome -	Grado	Indirizzo	tel.	Chiavi		
1 .....	.....	.....	.....	(SI)	(NO)	
2 .....	.....	.....	.....	(SI)	(NO)	
3 .....	.....	.....	.....	(SI)	(NO)	
4 .....	.....	.....	.....	(SI)	(NO)	
5 .....	.....	.....	.....	(SI)	(NO)	

<b>PARENTI o AMICI DA CHIAMARE IN CASO DI BISOGNO (OLTRE 1 km)</b>						
Cognome - Nome -	Grado	Indirizzo	tel.	Chiavi		
1 .....	.....	.....	.....	(SI)	(NO)	
2 .....	.....	.....	.....	(SI)	(NO)	
3 .....	.....	.....	.....	(SI)	(NO)	
4 .....	.....	.....	.....	(SI)	(NO)	
5 .....	.....	.....	.....	(SI)	(NO)	

<b>AMICI o VICINI DA CHIAMARE IN CASO DI BISOGNO (MAX 1 km di DISTANZA)</b>						
Cognome - Nome	Indirizzo		tel.	Chiavi		
1 .....	.....		.....	(SI)	(NO)	
2 .....	.....		.....	(SI)	(NO)	
3 .....	.....		.....	(SI)	(NO)	
4 .....	.....		.....	(SI)	(NO)	
5 .....	.....		.....	(SI)	(NO)	

NOTE : .....

**CARATTERISTICHE RESIDENZIALI**

Tipo di abitazione: PALAZZINA ..... ( )  
VILLETTA SINGOLA ..... ( )  
CASA COLONICA ..... ( )  
VILLETTA SCHIERA ..... ( )  
ALTRO .....  
  
Appartamento: SU DUE O PIU' PIANI ..... ( )  
SU UN PIANO ..... ( )

<b>ABITAZIONE</b>		
Indirizzo Ingresso Principale .....		n° .....
Indirizzo Altri Ingressi .....		n° .....
Piano n° .....	Scala n° .....	Interno n° .....
Nome sul campanello .....		
Nome sul cancello .....		
Nome porta abitazione .....		
Ascensore ..... (SI) (NO)		
Cani da guardia (SI) (NO) Razza ..... Nome .....		
Porte / finestre blindate .... (SI) (NO)		Quali .....
Terrazze .... (SI) (NO)		
Abbaini solaio o tetto .... (SI) (NO)		
Presenza antifurto .... (SI) (NO)		

Descrizione percorso stradale partendo da:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

NOTE : .....  
.....

*SCHEDA COLLABORATORI: ASSISTENTI, COLF ecc.*

Tipo di collaborazione (pubblica / privata) .....	
Tipo di prestazione .....	
Cognome .....	Nome .....
Indirizzo .....	
Tel. ....	
Giorni di servizio .....	
Orario di servizio .....	
Chiavi .... (SI) (NO)	

Tipo di collaborazione (pubblica / privata) .....	
Tipo di prestazione .....	
Cognome .....	Nome .....
Indirizzo .....	
Tel. ....	
Giorni di servizio .....	
Orario di servizio .....	
Chiavi .... (SI) (NO)	

Assistente sociale (pubblica): Nome ..... Tel. ....

Assistente domiciliare (pub.): Nome ..... Tel. ....

Assistente sociale (privata): Nome ..... Tel. ....

Assistente domiciliare (pub.): Nome ..... Tel. ....

NB: indicate solo i nomi dei responsabili dei servizi.

NOTE : .....

## *SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'UTENTE DEL TELESOCORSO*

### **CAPACITA' MOTORIE ED ATTIVITA' QUOTIDIANA**

#### Capacità di usare il telefono:

- . . usa il telefono di propria iniziativa (risponde, chiama, compone numeri telefonici, ecc.)
- . . compone solo alcuni numeri conosciuti
- . . risponde al telefono, ma non compone i numeri di telefono
- . . non sa usare il telefono

#### Fare acquisti

- . . fa tutte le spese senza aiuto
- . . fa piccoli acquisti senza aiuto
- . . ha bisogno di essere accompagnato quando deve acquistare
- . . completamente incapace di fare acquisti

#### Preparazione pasti

- . . programma, prepara e serve i pasti autonomamente
- . . prepara pasti solo se lo si aiuta fornendo gli ingredienti
- . . scalda, serve e prepara i pasti, ma in modo irregolare
- . . ha bisogno di avere i pasti preparati e serviti

#### Lavori domestici

- . . fa i lavori di casa autonomamente o con occasionale aiuto
- . . fa solo lavori di casa leggeri (lavare i piatti, rifare il letto, ecc.)
- . . ha bisogno di aiuto sempre
- . . non esegue nessun lavoro domestico

#### Capacità di cura dell'igiene personale

- . . esegue l'igiene personale in modo autonomo
- . . l'igiene è eseguita con una minima supervisione nell'igiene più complessa (bagno/doccia)
- . . l'igiene è eseguita solo con una supervisione continua
- . . non sa lavarsi da solo

#### Mezzi di trasporto

- . . si sposta da solo su mezzi pubblici o guida la propria auto
- . . organizza gli spostamenti con taxi e non con mezzi pubblici
- . . usa i mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato
- . . non si sposta assolutamente

#### Responsabilità nell'uso dei farmaci

- . . prende le medicine da solo in dosi e a tempi giusti
- . . prende le medicine solo se preparate da altri in anticipo
- . . non è in grado di prendere le medicine da solo

## CAPACITA' PSICOLOGICA e MENTALE

### Memoria

- . . essa è normale
- . . è occasionalmente smemorato
- . . ha perso la memoria a breve termine
- . . ha perso la memoria a lungo e breve termine

### Orientamento

- . . completo
- . . orientato nei luoghi e percorsi più conosciuti
- . . orientato solo nei luoghi piccoli e conosciuti
- . . non si muove autonomamente, disorientato

### Comunicazione

- . . comprende e si esprime normalmente
- . . esprime il proprio pensiero con il linguaggio a volte sconnesso
- . . comunica solo con frasi semplici, idem con la comprensione
- . . non comunica, non comprende anche ordine semplici

### Collaborazione

- . . collabora attivamente ad ogni proposta
- . . collabora occasionalmente e passivamente
- . . richiede frequentemente incoraggiamento e persuasione
- . . non collabora

### Concentrazione

- . . non ha difficoltà di concentrazione (segue programmi TV, legge libri ecc.)
- . . di tanto in tanto si distrae e sembra perdere la concentrazione
- . . ha chiari disturbi di concentrazione, vi è difficoltà nella discussione, nel seguire programmi televisivi ecc.
- . . ha gravi problemi di concentrazione, non segue una conversazione sensata e semplice

### Ansia

- . . non mostra nessun segno di ansia
- . . di tanto in tanto è preoccupato anche per motivi poco importanti, mantiene però il controllo
- . . è frequentemente ansioso e mostra preoccupazioni per inezie, è difficile distoglierlo da questo stato
- . . l'ansia è tale da non riuscire a compiere alcuna azione

### Depressione dell'umore

- . . l'umore è normale
- . . di tanto in tanto appare depresso con toni autocritici (predominano i periodi di normalità)
- . . la persona è frequentemente depressa ed è evidente sia dalle parole che dagli atteggiamenti
- . . estremamente depresso, non reagisce al suo stato

## FATTORI SOCIALI

### Situazione familiare

- . . famiglia collaborante
- . . famiglia poco collaborante
- . . famiglia incapace nella collaborazione
- . . senza figli / amici

### Contatto sociale

- . . è attivo e autonomo senza limitazione
- . . autonomo nell'ambito del quartiere
- . . limitato al vicinato (nell'ambito della via)
- . . limitato al vicinato (nell'ambito dell'abitazione)
- . . non ha contatti sociali

*SCHEDA SANITARIA n° 1*

Medico Curante ..... Tel. ....  
Abitazione (indirizzo) ..... Tel. ....  
Ambulatorio (indirizzo) ..... Tel. ....  
Giorni ed orari ambulatoriali .....  
.....

Accetta richieste di collaborazione:      FUORI ORARIO ..... (SI) (NO)  
  FESTIVE            ..... (SI) (NO)  
  NOTTURNE        ..... (SI) (NO)

<b>DATI DELL'UTENTE</b>	
Gruppo sanguigno: .....	Peso: ..... Altezza: .....
Portatore di:	Protesi: .....
	Pacemaker: .....
	Altro: .....
Deficit o menomazioni somatiche: .....	
SORDITA' ..... (SI) (NO)	Deficit del ..... %
CECITA' ..... (SI) (NO)	Deficit del ..... %
CARROZZELLA .... (SI) (NO)	
INCONTINENZA .. (SI) (NO)	
Quali fra i farmaci che usa sono più a rischio per:	
cadute: .....	
intossicazioni: .....	
indurre sonnolenza: .....	
danni da accumulo: .....	
altro: .....	

NOTE : .....  
.....

**SCHEDA SANITARIA n° 2 A**

Nome patologia	Presente dall'anno	Cronica	Infettiva
<b>MALATTIE POLMONARI</b>			
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
<b>MALATTIE RENALI</b>			
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
<b>MALATTIE ADDOMINALI</b>			
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
<b>MALATTIE DELLA COAGULAZIONE</b>			
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
<b>MALATTIE CARDIOPATICHE</b>			
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
<b>MALATTIE DEL SANGUE</b>			
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
<b>MALATTIE NERVOSE</b>			
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)

NOTE : .....

.....

**SCHEDA SANITARIA n° 2 B**

Nome patologia	Presente dall'anno	Cronica	Infettiva
<b>MALATTIE MENTALI</b>			
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
<b>MALATTIE ENDOCRINE</b>			
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
<b>MALATTIE APPARATO LOCOMOTORE</b>			
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
<b>TOSSICODIPENDENZA - ETILISMO</b>			
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
<b>MALATTIE ALLERGICHE</b>			
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
<b>ALTRE PATOLOGIE</b>			
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)
.....	.....	(SI) (NO)	(SI) (NO)

NOTE : .....

.....

AUTORIZZAZIONE PER L'UTILIZZO DELLE INFORMAZIONI

\*\*\*\*\*

PARTE RISERVATA ALL'UTENTE

Io sottoscritto ..... autorizzo il mio medico curante Dott. .... a completare la scheda informativa del Servizio di Telesoccorso relativa alla parte sanitaria, concedendone l'utilizzo esclusivamente nell'ambito del servizio.

Li, .....

In Fede .....  
(firma dell'utente)

\*\*\*\*\*

PARTE RISERVATA al RESPONSABILE del TELESOCORSO

Io sottoscritto ..... come responsabile del Servizio di Telesoccorso, dichiaro che i dati contenuti nella scheda dell'utente Sig. .... verranno utilizzati esclusivamente nell'ambito del servizio.

Li, .....

In Fede .....  
(Il Responsabile del Servizio di Telesoccorso)