

Dichiarazioni personali ai fini dell'accertamento della situazione di handicap (Legge n. 104/92)

Dati personali del paziente/della paziente, che chiede l'accertamento

Cognome _____ nome _____

Numero di telefono della persona da contattare _____

1. Il paziente è invalido civile/la paziente è invalida civile?

Sì, al _____ % con assegno di accompagnamento No

2. Il paziente è invalido del lavoro/di servizio/la paziente è invalida del lavoro/di servizio?

Lavoro: Sì, al _____ % No Servizio: Sì, al _____ % No

3. Il paziente/la paziente ha avuto riconosciuto un assegno di cura?

Sì, e si tratta del: livello 1, data _____ livello 2, data _____
 livello 3, data _____ livello 4, data _____

No, perché: domanda mai inoltrata domanda inoltrata in attesa di valutazione
 domanda respinta, data _____

4. Il paziente/la paziente abita

- da solo/da sola
- con la famiglia d'origine
- con il coniuge/la coniuge o con il convivente/la convivente
- con altri familiari conviventi
- con un assistente/una assistente familiare/badante
- temporaneamente in una struttura socio-sanitaria
- permanentemente in una struttura socio-sanitaria
- Ci sono conviventi con altre problematiche socio-sanitarie rilevanti?

Note _____

5. Situazione abitativa attuale

- Situazione abitativa stabile ed adeguata
- Barriere architettoniche (ad es. assenza ascensore, presenza scalini, ecc.)

Note _____

6. Condizione lavorativa

- Quale professione svolge il paziente/la paziente? _____
- Lavoro a tempo determinato
- Lavoro a tempo indeterminato
- Assunzione tramite collocamento mirato dal _____
- Numero complessivo di ore di lavoro alla settimana _____
- Indicare l'orario di lavoro _____

Assenze dal lavoro per malattia negli ultimi 6 mesi _____

Disoccupato/disoccupata dal _____

Pensionato/pensionata dal _____

Note _____

7. Asilo/Scuola

Il bambino/la bambina ha un'insegnante/una insegnante di sostegno? No Sì, per _____ ore settimanali

Altre figure? No Sì, per _____ ore settimanali

Note _____

8. Quante volte (indicare la frequenza mensile) vengono effettuate visite mediche di controllo, terapie, trattamenti?

Dialisi _____

Colloqui psicologici/psichiatrici _____

Fisioterapia _____

Prelievi ematici _____

Chemioterapia _____

Radioterapia _____

Logopedia _____

Ergoterapia _____

Visite specialistiche _____

Altre terapie _____

Note _____

9. Trattamenti farmacologici (indicare o allegare la terapia attuale)

10. Il paziente/la paziente necessita di presidi sanitari (es. carrozzina, letto ospedaliero, girello, ecc.)?

Quali? _____

11. Quale limitazione ha il paziente/la paziente a causa della sua malattia (nella vita quotidiana, al lavoro, all'asilo, a scuola, nel tempo libero, ecc.)?

Breve descrizione _____

12. In che situazione necessita il paziente/la paziente aiuto nella vita quotidiana?

Fare la spesa

ha bisogno sempre di aiuto parzialmente autonomo autonomo

Preparazione dei pasti

ha bisogno sempre di aiuto parzialmente autonomo autonomo

Mangiare e bere

ha bisogno sempre di aiuto parzialmente autonomo autonomo

Doccia, bagno, igiene personale

ha bisogno sempre di aiuto parzialmente autonomo autonomo

Nell'utilizzo della toilette

ha bisogno sempre di aiuto parzialmente autonomo autonomo

Mobilità in casa

ha bisogno sempre di aiuto parzialmente autonomo autonomo

Mobilità fuori casa

ha bisogno sempre di aiuto parzialmente autonomo autonomo

Utilizzo di scale

ha bisogno sempre di aiuto parzialmente autonomo autonomo

Per sottoporsi a visite in ospedale o recarsi in uffici

ha bisogno sempre di aiuto parzialmente autonomo autonomo

Nell'alzarsi e nell'andare a letto

ha bisogno sempre di aiuto parzialmente autonomo autonomo

Nel vestirsi e svestirsi

ha bisogno sempre di aiuto parzialmente autonomo autonomo

Nella preparazione ed assunzione di farmaci

ha bisogno sempre di aiuto parzialmente autonomo autonomo

Il paziente/la paziente è incontinente?

Sì No

È portatore/portatrice di catetere?

Sì No

Necessità di aiuto nella gestione del catetere?

Sì No

È portatore/portatrice di stomia (intestinale/urologica)?

Sì No

Necessità di aiuto nella gestione della stomia?

Sì No

Altro _____

13. Informazioni relative al parente/all'affine che presta assistenza

Nome e cognome (1) _____

Residenza _____

Situazione lavorativa _____

Numero di ore di lavoro settimanali ed orari di lavoro _____

Attuale assistenza prestata ed impegno temporale richiesto _____

Eventuali difficoltà nel prestare assistenza _____

Nome e cognome (2) _____

Residenza _____

Situazione lavorativa _____

Numero di ore di lavoro settimanali ed orari di lavoro _____

Attuale assistenza prestata ed impegno temporale richiesto _____

Eventuali difficoltà nel prestare assistenza _____

14. Sono presenti altri servizi o persone che prestano assistenza? Indicare per ogni voce le ore settimanali!

Servizio di assistenza domiciliare _____

Assistenza infermieristica domiciliare _____

Assistente familiare/badante _____

Assistenza domestica _____

Centro diurno _____

Altro _____

15. Prestano assistenza altri familiari? Se sì, indicare i nominativi e descrivere in cosa consiste la loro attività di assistenza.

Sì No

Data _____

Firma del paziente/della paziente _____

Nome e cognome della persona che ha compilato il questionario, la residenza e il grado di parentela

Data _____

Firma del dichiarante/della dichiarante _____