##### **Formulario per l’Ospite (dev’essere compilato dai parenti o dal personale curante)**

###### Dati personali

Nome e cognome ……………………………………………………………….

Data di nascita ……………………………………………………………….

Stato civile ……………………………………………………………….

Domicilio ……………………………………………………………….

Nr. tel. ……………………………………………………………….

**Vive**

🞎 da solo 🞎 con la moglie/il marito

* in istituto 🞎 presso parenti

Ev. nr. tel. Istituto ……………………………………………………………….

**Persona di riferimento**

Nome e cognome ……………………………………………………………….

Indirizzo ……………………………………………………………….

……………………………………………………………….

Nr. tel. ……………………………………………………………….

**Ricovero in ospedale**

Data ultimo ricovero ………………………………………………………….

Ospedale ………………………………………………………….

Motivo ricovero ………………………………………………………….

**Cassa malati (consegnare copia della tessera!)**

Nome ……………………………………………………………….

Numero ……………………………………………………………….

Peso [kg] e altezza [cm] ……………………………………………………….

**Movimento e spostamenti**

🞎 Indipendente

🞎 Semidipendente da terzi

🞎 Totalmente dipendente

**Mezzi ausiliari** (sedia a rotelle, deambulatore, bastone, …)

……………………………………………………………………………………………..

**Mobilità degli arti** nessun

buona ridotta movimento

Braccio destro 🞎 🞎 🞎

Braccio sinistro 🞎 🞎 🞎

Gamba destra 🞎 🞎 🞎

Gamba sinistra 🞎 🞎 🞎

**Tutti i dati vengono trattati nel rispetto del segreto professionale.**

**Alimentazione**

da solo con aiuto imboccare

Mangia 🞎 🞎 🞎

Beve 🞎 🞎 🞎

nessuna sopra sotto

Protesi dentaria 🞎 🞎 🞎

Utilizzo di addensante no 🞎 sì 🞎

Dieta ....…………………………………………………………………….

Alimenti sconsigliati ………………………………………………….

Allergie …………………….……………………………………………....

Alcolici ………………..…………………………………………………….

**Igiene personale**da solo con aiuto dipendente

Lavarsi 🞎 🞎 🞎

Vestirsi 🞎 🞎 🞎

Bisogni corporali 🞎 🞎 🞎

continente incontinente

Urine 🞎 🞎

Feci 🞎 🞎

Catetere vescicale no 🞎 sì 🞎

Data ultimo cambio e no. CV …………………………………..

Stitichezza no 🞎 sì 🞎

Estrazione manuale feci no 🞎 sì 🞎

Piaghe da decubito no 🞎 sì 🞎

Se sì, dove? ………………………………………………………….....

Prevenzione o cura …………………...................................

**Comunicazione**

normale parziale assente

Vista 🞎 🞎 🞎

Udito 🞎 🞎 🞎

Apparecchio acustico no 🞎 sì 🞎

Occhiali no 🞎 sì 🞎

**Riposo e sonno**

normale si sveglia spesso

Sonno 🞎 🞎

Difficoltà ad addormentarsi no 🞎 sì 🞎

**Accettare di dormire in stanze a più letti è prerequisito per la partecipazione al Campo.**

**Stato psichico** molto

buono alterato alterato

Orientamento 🞎 🞎 🞎

Memoria 🞎 🞎 🞎

Sovente agitato no 🞎 sì 🞎

Molto depresso no 🞎 sì 🞎

**Luogo e data: ……………………………………. Firma di chi ha riempito il formulario .………...............................**