



PUNTO D'INCONTRO
cooperativa sociale ETS

"dal 1984 lavoriamo a sostegno delle persone disabili e delle loro famiglie"

Ente gestore accreditato da
REGIONE LOMBARDIA con
D.G.R. 251 del 14/07/2010 e
D.G.R. 12373 del
19/12/2012



Delibera CDN Anffas del
01-02/04/05 Socio del
Consorzio degli Enti a
Marchio Anffas "La Rosa Blu"

DOMANDA DI VALUTAZIONE INSERIMENTO CSS

PUNTO D'INCONTRO Società Cooperativa Sociale ETS sede legale e amministrativa: Piazza Chiesa, 8 20069 Vaprio d'Adda MI
C.F./P.I. 11050040150 R.E.A. MI 1440876 Albo Nazionale Cooperative a Mutualità Prevalente n. A132660
Tel. 0363 361966 PEC: info@pec.puntodincontro.org Email: segreteria@puntodincontro.org web: www.puntodincontro.org



*Dona anche tu il **5 x 1000** alla "Punto D'incontro" codice fiscale 11050040150*

1. Per l'avvio della valutazione è necessario fare richiesta via mail all'indirizzo areasociale@puntodincontro.org da parte dell'ente inviante (servizi sociali), con la richiesta di avvio procedura di valutazione e relativa relazione sociale
2. Documenti da allegare alla domanda di inserimento:
 - VERBALE DI INVALIDITA'
 - RELAZIONE SOCIALE (a cura dell'ente inviante)
 - SCHEDE SANITARIE DI INGRESSO
 - EVENTUALE DOCUMENTAZIONE EDUCATIVA-ASSISTENZIALE (PEI, PAI e PI)
3. La documentazione può essere inviata via mail all'indirizzo areasociale@puntodincontro.org
4. L'esito del percorso valutativo verrà comunicato in maniera esclusiva all'ente inviante.

SCHEMA RACCOLTA DATI DOCUMENTALI

Nome		Residenza	
Cognome			
Luogo e data di nascita		Tutore- familiare – amministratore di sostegno	
Peso della persona		Altezza della persona	
OPERATORI/FIGURE DI RIFERIMENTO			
Medico curante			
Psichiatra			
Responsabile del servizio di provenienza			
Educatore di riferimento			
Comune di residenza e riferimenti			
Altro			
FAMILIARI			
Padre			
Madre			
Sorella/e e/o fratello/i			
Amici o conoscenti rilevanti per la persona			
DIAGNOSI			

TERAPIA FARMACOLOGICA		
Farmaco	Posologia	Somministrazione
Particolari modalità di somministrazione		
Collaborazione e/o problemi nell'assunzione		
CONDIZIONI DI SALUTE		
Condizioni di malattia rilevanti		
Protocolli e/o accorgimenti da assolvere		
CRISI EPILETTICHE		
Tipologia di crisi		
Frequenza		
Comportamenti prodromici e post crisi		
Protezioni particolari e/o accorgimenti		
PROBLEMATICHE SENSORIALI		
Vista, udito, gusto, tatto, olfatto (iper percezioni, fastidi, stimoli sgraditi)		

AUTONOMIE PERSONALI E COMPORAMENTI ADATTI

ALIMENTAZIONE

Esistono prescrizioni alimentari (diete, allergie, ...)	
Se l'alimentazione non avviene in forme naturali specificare come e le routine legate all'assunzione del cibo	
Esiste una problematica disfagica	
Masticazione	
Necessità di cibo tritato	
Uso della forchetta	
Uso del cucchiaio	
Uso del coltello	
Si versa da bere	
Fa uso di ausili (spec.)	
Tende a sovra-alimentarsi Sotto-alimentarsi	
Si sporca durante l'alimentazione?	
Uso del tovagliolo	
Cibi preferiti e cibi in genere rifiutati	
Comportamenti problematici legati all'alimentazione (ruba cibo, si alza continuamente..)	

IGIENE (GRADO DI AUTONOMIA)

Mani (autonomo, dipendenza, sorveglianza, aiuto totale, grado di abilità della performance)	
Viso (autonomo, dipendenza, sorveglianza, aiuto totale, grado di abilità della performance)	
Denti (autonomo, dipendenza, sorveglianza, aiuto totale, grado di abilità della performance)	
Doccia (autonomo, dipendenza, sorveglianza, aiuto totale, grado di abilità della performance)	
Bidet (autonomo, dipendenza, sorveglianza, aiuto totale, grado di abilità della performance)	
Igiene durante il ciclo	

mestruale (autonomo, dipendenza, sorveglianza, aiuto totale, grado di abilità della performance)	
Radersi (autonomo, dipendenza, sorveglianza, aiuto totale, grado di abilità della performance)	
Farsi lo shampoo (autonomo, dipendenza, sorveglianza, aiuto totale, grado di abilità della performance)	
A) W.C.	
Controllo sfinterico anale diurno/notturno	
Controllo sfinterico vescicale diurno/notturno	
Controllo sfinterico condizionato (specificare orari in cui viene portato in bagno)	
Pulizia legata all'utilizzo del W.C. (autodeterminazione, dipendenza/autonomia nella performance)	
Abbassare e sistemare gli abiti dopo l'uso dei servizi	
Comportamenti problematici nel repertorio (assunzione di feci, manipolazione, urinare in luoghi non idonei)	
ABBIGLIAMENTO	
Svestirsi	
Toglie le mutande	
Toglie le T-shirt	
Toglie le calze	
Toglie pantaloni senza allacciature	
Toglie maglie e/o felpe	
Toglie scarpe slacciate o aperte	
Toglie scarpe allacciate o chiuse	
Sa togliere camicie con bottoni	
Pantaloni con chiusure	
Cappotti slacciati	
Cappotti allacciati	
Vestirsi	
Indossa mutande	

Indossa le T-shirt	
Indossa le calze	
Indossa pantaloni senza allacciature	
Indossa maglie e/o felpe	
Indossa scarpe slacciate o aperte	
Indossa scarpe allacciate o chiuse	
Indossa camicie con bottoni	
Pantaloni con chiusure	
Cappotti slacciati	
Cappotti allacciati	
Ha delle preferenze	
Usa il guardaroba (oppure vanno predisposti i vestiti)	
SONNO	
Ore medie di sonno notturno	
Particolari abitudini legate all'addormentamento	
Disturbo del sonno (difficoltà importanti di addormentamento, risvegli reciproci, risvegli frequenti)	
Modalità con cui viene svegliato (suggerimenti che favoriscono un buon risveglio)	
Comportamenti legati alle ore notturne (urla, comportamenti inappropriati)	
DEAMBULAZIONE	
Cammina da solo	
Tipo di andatura (incedere incerto, falciante, strisciante con i piedi, scarsa coordinazione)	
Uso di ausili o protesi	
Autonomia negli ausili	
ATTIVITA' RICREATIVE	
Attività svolte nel tempo libero	
Attività fino ad ora proposte	
Autonomia nello svolgimento	

ROUTINE QUOTIDIANA/SETTIMANALE	
Descrizione nel dettaglio della routine: <ul style="list-style-type: none"> - Risveglio - Colazione - Attività mattutine (specificare il tipo, eventuali difficoltà d'ingaggio, att.preferite, tempi di prestazione, transizioni) - Attività pomeridiane - Abitudini particolari - Orari tipici di coricamento - varietà delle attività proposte durante la settimana 	
ORIENTAMENTO	
All'interno di spazi ristretti (bagno e camera)	
All'interno dell'abitazione	
Nell'intero plesso	
Orientamento nel complesso del territorio (quartiere o paese)	
Utilizzo dei mezzi pubblici	
SOCIALITA' E ATTIVITA' ESTERNE	
Gradimento delle uscite	
Luoghi particolarmente graditi	
Grado di controllo che deve essere esercitato (es. preso per mano, guardato a vista..)	
Tolleranza nei confronti della compresenza di più persone	

COMUNICAZIONE	
Verbale	
Non verbale	
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E DELLA CONDOTTA	
Categorie del disturbo del comportamento : AUTO/ETERO AGGRESSIVITA', DISTRUTTIVITA', STEREOTIPIA, PICACISMO, ecc..	
Definizione operativa del/i comportamento/i	- - - - - - - - - -
Strumenti di misurazione adottati per la raccolta dati (se non presenti presentare una stima di percezione)	
Ipotesi del valore funzionale del comportamento/i	
Domande	<p>1) quali eventi precedono in modo abbastanza chiaro e attendibile la comparsa del comportamento?</p> <p>2) Quali eventi seguono il comportamento?</p> <p>3) Cosa blocca il comportamento?</p>

	4) Cosa peggiora il comportamento?
Descrizione delle azioni (strategie d'intervento) IN ATTO per il decremento del comportamento	
ABITUDINI PARTICOLARI	
PREFERENZE	
CIBO	
OGGETTI	
PERSONE	
ALTRO	
Data dell'intervista	
Compilatore	

SCHEMA SANITARIA DI INGRESSO

Cognome e Nome

Data di nascita / /

luogo di nascita

QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>				
Iperensione (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>				
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>				
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>				
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>				
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>				
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, emie)	<input type="checkbox"/>				
Fegato (solo fegato)	<input type="checkbox"/>				
Rene (solo rene)	<input type="checkbox"/>				
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>				
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>				
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; <i>non include la demenza</i>)	<input type="checkbox"/>				
Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	<input type="checkbox"/>				
Stato mentale e comportamentale (<i>include demenza</i> , depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>				

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO

.....

ALLERGIE

NON NOTE NO SI, DI CHE TIPO:

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

.....

ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI

Autonomia nel movimento <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilitazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro.....
Autonomia igiene e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Autonomia nell'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale Presidi assorbenti Nefro /urostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data ultimo posizionamento: / / 20..... <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:.....
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula)
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:
Cadute ricorrenti (anche senza conseguenze traumatiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Numero cadute nell'anno:

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO

DEFICIT SENSORIALI

Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cecità assoluta	<input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Corretta con protesi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Sordità assoluta	<input type="checkbox"/> SI

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso	<input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:		
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale		
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia		
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:		
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso		
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso		
	Di che tipo:		
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:		
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data: / /		
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:		
Eventuali note e osservazioni:			

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza	<input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.)	
	<input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento		
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	Protesi:	<input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
		Scheletrato:	<input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Addensanti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

