

INSERIRE LOGO  
SEDE  
SPERIMENTAZIONE

**PROGETTO UP-TECH**  
**CARTELLA INTEGRATA PER L'ALZHEIMER**  
**Area socio-economica**

**Indice delle sezioni**

**SEZIONE A. ANAGRAFICA DEL PAZIENTE**

**SEZIONE B. CONDIZIONI SOCIO-AMBIENTALI**

**SEZIONE C. CONDIZIONI ECONOMICHE**

**SEZIONE D. CONDIZIONI SOCIO-SANITARIE**

**SEZIONE E. TUTELE SOCIALI E TUTELE LEGALI**

**SEZIONE F. SERVIZI ATTIVI/DA ATTIVARE PER IL PAZIENTE**

**SEZIONE G. ANAGRAFICA DEL CAREGIVER**

**SEZIONE H. SERVIZI ATTIVI/DA ATTIVARE PER IL CAREGIVER**

**DIARIO CRONOLOGICO DEGLI INTERVENTI**

## SEZIONE A. ANAGRAFICA PAZIENTE

IDPAZPROGR <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<b>COGNOME</b> _____  <b>NOME</b> _____	DISTRETTO _____  AREA VASTA N. ____	
<b>GENERE</b> <input type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina	<b>DATA DI NASCITA</b> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		
	<b>LUOGO DI NASCITA</b> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<b>PROV.</b> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
<b>RESIDENZA</b>  Via: _____  Città: _____		<b>PROV.</b> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
<b>RECAPITI TELEFONICI</b> Telefono: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Cell: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<b>CODICE FISCALE</b> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
<b>STATO CIVILE</b> 1. Celibe/Nubile 2. Coniugato/Coniugata 3. Separato/Separata 4. Divorziato/Divorziata 5. Vedovo/Vedova 6. Non dichiarato		<b>TITOLO DI STUDIO</b> 1. Nessuno, non sa leggere e scrivere 2. Nessuno, sa leggere e scrivere 3. Licenza elementare 4. Licenza media 5. Diploma superiore 6. Laurea Universitaria 7. Non dichiarato	
<b>MEDICO DI MEDICINA GENERALE</b> Nome: _____  Recapiti: _____			

**NOTA: ALCUNE SEZIONI SONO GIA' COMPILATE NELLA VERSIONE ELETTRONICA DELLA CARTELLA, IN QUANTO PRESENTI NEL QUESTIONARIO INFERMIERISTICO**

SEZIONE B. CONDIZIONI SOCIO-AMBIENTALI				
<b>SITUAZIONE FAMILIARE:</b>				
<b>CON CHI VIVE ABITUALMENTE LA PERSONA</b>				
1. Da solo	2. Con il coniuge/convivente	3. Con il coniuge/convivente ed altri		
4. Con un figlio ma non con il coniuge		5. Con un genitore o tutore legale		
6. Con fratelli/sorelle	7. Con altri parenti	8. Con un assistente familiare (badante)		
9. Con altre persone, non parenti				
<b>DUE CAREGIVER FAMILIARI PRINCIPALI</b>				Caregiver
<b>a. Rapporto di parentela/relazione con la persona</b>				1 2
1. Figlio o nuora/genero	6. Altro parente			
2. Coniuge	7. Amico			
3. Convivente	8. Vicino di casa			
4. Parente/tutore legale	9. Nessun aiuto			
5. Fratello/sorella				
<b>b. Vive con la persona</b>				
0. No	2. Sì, da più di 6 mesi			
1. Sì, da meno di 6 mesi	8. Nessun aiuto informale			
<b>Recapiti familiare di riferimento:</b>				
Cognome e nome	Residenza	Telefono	Grado di parentela	
.....	.....	.....	.....	
<b>Recapiti delle altre principali persone che prestano assistenza (ad es. badanti):</b>				
Cognome	Nome	Qualifica	Indirizzo	Recapito telefonico
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
<b>SITUAZIONE ABITATIVA</b>				
<b>Titolarità abitazione:</b> <input type="checkbox"/> Casa di proprietà <input type="checkbox"/> Casa in affitto <input type="checkbox"/> Alloggio edilizia pubblica <input type="checkbox"/> Usufrutto				
<b>Localizzazione dell'abitazione:</b>				
<input type="checkbox"/> città <input type="checkbox"/> paese <input type="checkbox"/> frazione <input type="checkbox"/> campagna <input type="checkbox"/> isolata				
<b>Barriere architettoniche</b>				
1. Piano dell'abitazione: .....				
2. Scale esterne per raggiungere l'abitazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
3. Scale interne per raggiungere l'abitazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
4. Presenza ascensore <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
5. Ausili facilitanti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
6. Abitazione su più piani <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
<b>Salubrità dell'abitazione</b>				
7. Presenza riscaldamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Se SI <input type="checkbox"/> TERMOSIFONI; <input type="checkbox"/> STUFA; <input type="checkbox"/> ALTRO _____				
8. Servizi Igienici dotati di <input type="checkbox"/> VASCA DA BAGNO <input type="checkbox"/> DOCCIA <input type="checkbox"/> BIDET				
9. Sovraffollamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
10. Indicare rapporto n. abitanti la casa e stanze disponibili _____ (ab.) / _____ (stanze)				

## SEZIONE C. CONDIZIONI ECONOMICHE

### Pensione e altre fonti di reddito (barrare più caselle)

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Pensione di anzianità  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pensione invalidità  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Pensione di inabilità  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Indennità di accompagnamento   | <input type="checkbox"/> |
| 5. Assegno di cura  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Pensione di vecchiaia  | <input type="checkbox"/> |
| 7. Altri sussidi sociali (ad es. assegno o pensione sociale, contributi comunali) | <input type="checkbox"/> |
| 8. Pensione ai superstiti (indiretta o di reversibilità)                          | <input type="checkbox"/> |
| 9. Nessuna fonte di reddito   | <input type="checkbox"/> |
| 10. Altro, specificare _____  | <input type="checkbox"/> |

### Redditi

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. autonomo e in equilibrio finanziario                               | <input type="checkbox"/> |
| 2. Riceve aiuti da parenti e/o da altre persone                       | <input type="checkbox"/> |
| 3. In condizioni di bisogno economico e senza parenti o altre persone | <input type="checkbox"/> |

## SEZIONE D. CONDIZIONI SOCIO-SANITARIE / PRESIDI E AUSILI

Mobilità		Attività della vita quotidiana	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si sposta da solo/a		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> autonomo	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si sposta assistito da una persona		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> parzialmente dipendente	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si sposta con l'utilizzo di ausili e presidi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> completamente dipendente	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non si sposta			
<b>Presidi e Ausili</b>			
1. Pannoloni	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non presente, già richiesto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fornito SSN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non richiesto
2. Catetere Vescicale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non presente, già richiesto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fornito SSN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non richiesto
3. Traverse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non presente, già richiesto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fornito SSN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non richiesto
4. Carrozzina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non presente, già richiesto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fornito SSN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non richiesto
5. Deambulatore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non presente, già richiesto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fornito SSN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non richiesto
6. Letto Ortopedico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non presente, già richiesto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fornito SSN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non richiesto
7. Materasso antidecubito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non presente, già richiesto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fornito SSN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non richiesto
8. Sollevatore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non presente, già richiesto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fornito SSN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non richiesto
9. Sponde per il letto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non presente, già richiesto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fornito SSN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non richiesto
10. Altro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non presente, già richiesto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fornito SSN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non richiesto





## DIARIO CRONOLOGICO DEGLI INTERVENTI

DATA	NOTE

DATA	NOTE