

## 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 di 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 \_\_\_\_\_