

**Scheda di presentazione dell'ospite**

Gentile signore/a,
al fine di poter offrire un più piacevole soggiorno presso la nostra residenza, la invitiamo a compilare il seguente questionario

Cognome¹ _____Nome¹ _____

Igiene superiore e abbigliamento 1. Autonoma 2. Parzialmente autonoma 3. Non autonoma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mobilizzazione da letto 1. Si alza e va a letto autonomamente 2. Ha bisogno di aiuto 3. Del tutto dipendente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Igiene inferiore e abbigliamento 1. Autonoma 2. Parzialmente autonoma 3. Non autonoma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mobilità esterna-deambulazione 1. Deambula autonomamente 2. Deambula con ausili (tipo) _____ 3. Deambula accompagnato 4. Si muove in carrozzina 5. Allettato	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alimentazione 1. Autonoma 2. Ha necessità di aiuto nel tagliare i cibi 3. E' da imboccare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mezzo di tutela fisica 1. Nessuno 2. Cintura semplice per sedia 3. Cintura pelvica per sedia 4. Pettorina per sedia 5. Sbarre a letto 6. Contenzione a letto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tipo di alimentazione 1. Normale 2. Sminuzzato 3. Frullato	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presidio utilizzato per continenza 1. Nessuno 2. Si (tipo): _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diete specifiche 1. Per diabetici 2. Ipoproteica 3. Ipcalorica 4. Intolleranze _____ 5. Altro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Servizio lavanderia (biancheria personale) 1. Provvedono i parenti 2. Provvede la lavanderia esterna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gusti a colazione 1. The 2. Latte 3. Caffelatte 4. Altro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Condizione psichica 1. Integra 2. Con fasi di confusione 3. Con fasi di disorientamento 4. Con fasi di agitazione psico-motoria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Preferenza posto assunzione pasti 1. In camera 2. In sala ristorazione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Condizione sensoriale 1. Deficit visivo lieve/moderato - 2. Deficit visivo grave (cecità) 3. Deficit uditivo lieve/moderato 4. Deficit uditivo grave (sordità) Alterazioni del linguaggio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Portatore di protesi dentaria 1. No 2. Si (tipo) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Invalidità SI (in che percentuale) _____ NO Accompagnamento SI NO	
Religione (facoltativo) _____			

Il compilatore:

Nel ringraziarvi vi auguriamo un piacevole soggiorno

La Direzione

¹ Dell'ospite

RIESAME DEL CONTRATTO

Si è verificato che:

- I requisiti sono stati definiti
- Le eventuali divergenze siano state risolte
- La ns. organizzazione abbia la capacità di soddisfare i requisiti richiesti

Funzione SAN _____

Data _____