

**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
seguito questionario*

Cognome¹ _____Nome¹ _____

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

Il compilatore:

***Nel ringraziarvi vi auguriamo un piacevole
soggiorno***

La Direzione¹ 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 _____