

Dichiarazioni personali ai fini dell'accertamento della condizione di disabilità (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 si, indicare i nominativi e descrivere in cosa consiste la loro attività di assistenza.

☐ Si ☐

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