

“IN CASO DI EMERGENZA DEL CAREGIVER DI

(NOME E COGNOME DELL'ASSISTITO)**COSA BISOGNA FARE”****PARENTI/PERSONE DA CONTATTARE:**

1) NOME, GRADO DI PARENTELA E NUMERO DI TELEFONO

2) NOME, GRADO DI PARENTELA E NUMERO DI TELEFONO

SERVIZI DI RIFERIMENTO:

SERVIZIO:	NOME OPERATORE:	TELEFONO:	MAIL:
ASL			
ASP			
PRIVATO SOCIALE			

MMG/PLS:

NOME

NUMERO DI TELEFONO:

BREVE ANAMNESI MEDICA E FARMACOLOGICA. DIAGNOSI CLINICA:

--

CARATTERISTICHE DELLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE:

COMUNICAZIONE:

Linguaggio verbale presente:	SI	NO
------------------------------	----	----

COMPORAMENTI PROBLEMA:

Auto- aggressività:	SI	NO
---------------------	----	----

Etero- aggressività:	SI	NO
----------------------	----	----

Fuga:	SI	NO
-------	----	----

Altro:		
--------	--	--

ALIMENTAZIONE:

AUTONOMIE PERSONALI (abbigliamento, igiene):

TOLLERA IL CONTATTO FISICO:

RINFORZI:

ALTRI ASPETTI SIGNIFICATIVI:
