Anexa 1 din Ordinul nr.491/2003

GRILĂ DE EVALUARE MEDICO-SOCIALĂ
a persoanelor care se internează în unităţi de asistenţă medico-sociale

|  |
| --- |
|    Direcţia de asistenţă socială din localitatea ......................................   sat [] comuna [] oraş [] municipiu [] sector []   Judeţul ....................................................................................   Nr. fişei ..................................................................................   Data evaluării .............................................................................   Ancheta socială efectuată de ...............................................................                                                 (numele, prenumele, funcţia)   I. Date de identificare a persoanei evaluate   1. Numele (cu iniţiala tatălui) ............................................................   2. Prenumele ...............................................................................   3. Data şi locul naşterii ..................................................................   4. Vârsta ..................................................................................   5. Domiciliul stabil: localitatea ...........................................,judeţul  (sectorul) ............................,cod poştal ...........,str..........................  nr. ......,bl. ....,sc. ......,ap. ......, nr. telefon fix ....................., nr.telefon  mobil...................................,e-mail ..................................   6. Profesia ................................................................................   7. Ocupaţia ................................................................................   8. Studii: fară []   primare []   gimnaziale []   liceale []   universitare []   9. Carte (buletin) de identitate  seria ..................... nr. ..........................   10. Cod numeric personal ...................................................................   11. Sex      F []   M []   12. Religie ................................................................................   13. Cupon de pensie (dosar de pensie) nr...................................................                                               (se precizează tipul de pensie: limită de  vârstă, de invaliditate, de nevăzător, de  veteran şi altele asemenea)   14. Certificat de încadrare într-un grad de handicap: nr. ........................... gradul  ............................   15. Carnet de asigurări de sănătate seria ................................... nr. ..........   16. Starea civilă: necăsătorit(ă) [] căsătorit(ă) [] data ..................................   vaduv(ă) [] data .................... divorţat(ă) [] data ..................................   despărţit(ă) în fapt [] concubinaj []   17. Copii: DA [] NU []   Dacă DA, se vor înscrie numele, prenumele, adresa, telefonul copiilor:   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................    II. Reprezentantul legal   1. Numele .......................................... prenumele .............................   2. Calitatea: soţ/soţie [] fiu/fiică [] rudă [] alte persoane []   3. Locul şi data naşterii ..................................................................   4. Adresa de domiciliu .....................................................................   ............................................................................................   5. Nr. telefon la domiciliu ..............................,la serviciu ...................,   nr.telefon mobil ...................................., nr.fix .......................,e-mail  ...........................    III. Persoana de contact în caz de urgenţă   1. Numele .................................. prenumele .....................................   2. Adresa de domiciliu .....................................................................   3. Nr.telefon la domiciliu ..........................., la serviciu ......................,   nr.telefon mobil ...................................,e-mail .........................,nr.fix  ...........................    IV. Evaluarea medicală   A. Starea prezentă (date anamnestice, examinare clinică pe aparate şi sisteme)   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................    B. Rezultate ale investigaţiilor paraclinice   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   C. Diagnostic   ............................................................................................   ............................................................................................   D. Evaluarea funcţională a capacităţii de autoîngrijire   1. Autonomie păstrată: DA [] NU []   2. Necesită: supraveghere [] asistare [] îngrijire [] tratament []   E. Recomandări   ............................................................................................   ............................................................................................   F. Concluzii:   necesită internare într-o unitate sanitară cu paturi [] necesită tratament la domiciliu []   necesită internare într-o unitate de asistenţă medico-socială []    V. Evaluarea situaţiei socioeconomice   A. Locuinţa:   1. Casa [] apartament la bloc [] alte situaţii []   2. Situată: la parter [] la etaj [] ascensor DA [] NU []   3. Componenţa: nr. camere ......... bucătărie [] baie [] duş [] W.C. [] situat în   interior [] situat în exterior []   4. Încălzire: fară [] centrală [] cu lemne/cărbuni [] gaze naturale [] combustibil lichid []   altele []   5. Apă curentă: DA [] NU [] rece [] caldă [] alte situaţii []   6. Iluminare: suficientă [] insuficientă []   7. Umiditate: nivel normal [] nivel crescut []   8. Stare de igienă: corespunzătoare [] necorespunzătoare []   9. Locuinţa este prevăzută cu: aragaz, maşină de gătit [] frigider [] maşină de spălat []   aparat radio/televizor [] aspirator []   10. Concluzii privind riscul ambiental (condiţii de locuit şi facilităţi)   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   B. Reţeaua de familie:   1. Persoana evaluată trăieşte: singur/singură [] de la data ................................                                  cu soţ/soţie [] de la data ..................................                                  cu copiii [] de la data .....................................                                  cu alte rude [] de la data ..................................                                  cu alte persoane [] de la data ..............................   2. Persoana/persoanele cu care locuieşte (numele, prenumele, calitatea, vârsta), dacă este   compatibil - se înţelege bine - cu acestea:   ............................................................... Este compatibil DA [] NU []   ............................................................... Este compatibil DA [] NU []   ............................................................... Este compatibil DA [] NU []   ............................................................... Este compatibil DA [] NU []   ............................................................... Este compatibil DA [] NU []   ............................................................... Este compatibil DA [] NU []   3. Una dintre persoanele cu care locuieşte:   este bolnavă [] prezintă un handicap [] este dependentă de alcool/droguri []   4. Este ajutat/ajutată de familie: DA [] NU [] cu bani [] cu alimente [] activităţi de   menaj []   5. Relaţiile cu familia sunt: bune [] cu probleme [] fără relaţii []   6. Există risc de neglijare: DA [] NU [] abuz: DA [] NU []   Dacă DA, se vor face precizări:   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   C. Reţea de prieteni şi vecini   1. Are relaţii cu prietenii şi vecinii: DA [] NU [] vizite []   relaţii de întrajutorare []   relaţiile sunt: permanente [] ocazionale []   2. Frecventează: un grup social [] biserică [] altele []   Precizări:   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   3. Este ajutat/ajutată de prieteni, vecini pentru: cumpărături [] activităţi de menaj []   deplasare în exterior []   4. Participă la: activităţi ale comunităţii [] activităţi recreative []   5. Comunitatea îi oferă un anumit suport: DA [] NU []   Dacă DA, se va preciza modalitatea:   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   D. Situaţia economică - venituri   1. Venit lunar propriu reprezentat de:   Pensie de asigurări sociale []            în valoare de ......................   Pensie pentru agricultori []              în valoare de ......................   Pensie pentru persoană cu handicap []     în valoare de ......................   Pensie I.O.V.R. []                        în valoare de ......................   2. Alte venituri: a) alocaţii, indemnizaţii, ajutoare acordate conform legii:   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................   în valoare de .............................................................................;                     b) venituri din alte surse ...............................................   ............................................................................................   ............................................................................................   în valoare de ..............................................................................   3. Venitul global declarat pentru impozitare ...............................................   4. Bunuri mobile şi imobile aflate în posesie...............................................    VI. Evaluarea autonomiei persoanei   Realizează activităţile curente ale vieţii de zi cu zi: singur [] cu ajutor []   Se va preciza pentru care activităţi necesită ajutor (toaleta propriei persoane, alimentareşi hidratare, mobilizare şi deplasare în interiorul locuinţei, deplasare în exteriorullocuinţei, utilizarea mijloacelor de comunicare la distanţă - telefon, alarmă şi alteleasemenea, efectuarea menajului, efectuarea cumpărăturilor, gestionarea şi administrareabunurilor proprii, utilizarea mijloacelor de transport, activităţi recreative, respectareaindicaţiilor privind tratamentul medical):........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................    VII. Date privind asigurarea serviciilor medicale şi sociale   1. Este înscris la un medic de familie: DA [] NU []   Dacă DA, se vor preciza: numele şi prenumele medicului, adresa şi numărul de telefon alecabinetului medical individual: .............................................................................................................................................................................................................................................................   2. Tratamentul şi îngrijirea medicală necesară se pot realiza la domiciliul persoanei: DA []NU []   Dacă NU, se vor preciza cauzele: ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  3. Serviciile de îngrijire socio-medicale pentru realizarea activităţilor curente ale vieţiizilnice sunt disponibile pentru a menţine persoana la domiciliul propriu: DA [] NU []   Dacă DA, care sunt acestea şi de cine sunt acordate: ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................    VIII. Concluzii şi recomandări   Se vor avea în vedere afecţiunile cronice pe care le prezintă persoana evaluată, precum şisituaţiile de dificultate datorate unor cauze de natură economică şi socială care pot conducela apariţia riscului marginalizării sau excluderii sociale.   Persoana evaluată:   De acord cu datele şi concluziile evaluării: DA [] NU []   A fost informat/informată asupra condiţiilor necesare pentru internarea într-o unitatemedico-socială: DA [] NU []   Doreşte să se interneze într-o unitate medico-socială: DA [] NU []              Data                                      Semnătura persoanei evaluate     .....................                           .................................    Reprezentantul legal, după caz:   De acord cu datele şi concluziile evaluării: DA [] NU []   A fost informat asupra condiţiilor necesare pentru internarea într-o unitate de asistenţămedico-socială: DA [] NU []   Acceptă recomandarea privind internarea persoanei evaluate într-o unitate de asistenţămedico-socială: DA [] NU []    Data ................                              Semnătura reprezentantului legal                                                           al persoanei evaluate                                                      ................................    Evaluarea medicală în vederea internării domnului/doamnei ..................................într-o unitate de asistenţă medico-socială a fost efectuată de:   Numele şi prenumele ........................................................................   Specialitatea ......................................,funcţia ..............................   Instituţia (unitatea) la care este angajat .................................................   Adresa instituţiei (unităţii) ..............................................................   Nr.telefon .......................,nr. fax .....................,e-mail .................   Semnătura .............................    Ancheta socială reprezentând componenta socială de evaluare în vederea internăriidomnului/doamnei ....................................... într-o unitate de asistenţămedico-socială a fost efectuată de:   Numele şi prenumele ........................................................................   Profesia ..............................................................,funcţia ...........   Instituţia (unitatea) la care lucrează .....................................................   Adresa instituţiei (unităţii) ..............................................................   Nr.telefon ........................,nr. fax ......................,e-mail ...............   Semnătura .............................    Alte persoane care au participat la evaluare, după caz:   ............................................................................................   ............................................................................................   ............................................................................................  |