

SCHEDA DI RICONOSCIMENTO DELLO STATUS DI CAREGIVER FAMILIARE/SEZIONE CARE GIVER



(PARTE DA COMPILARE IN FASE DI COLLOQUIO)

B.3.1 L'ASSISTITO È IN GRADO DI:

organizzare la propria giornata in autonomia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
ha una giusta percezione del contesto esterno?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
l'assistito è in grado di gestire in autonomia i rapporti sociali?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
è capace di organizzare i servizi di assistenza quotidiani?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
esprime le proprie esigenze in modo comprensibile?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

B.3.2 COME CAREGIVER FAMILIARE RICEVE SUPPORTO NELLO SVOLGERE ATTIVITÀ DI CURA

No

SI

da chi _____

a quale costo mensile _____

a spese di chi _____

l'assistente ha una formazione specifica sulle esigenze dell'assistito

no

si

chi si è fatto carico economico della formazione _____
 chi ha stabilito il tipo di formazione necessaria _____

B.3 IMPATTO ASSISTENZIALE SUL BENESSERE PSICOFISICO RELAZIONALE DEL CARE GIVER

convive con l'assistito	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
da quanto tempo		
la convivenza è dettata dalla disabilità	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
l'assistito è in struttura	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

B.3.1 TEMPI DI CURA

PER QUANTO TEMPO È RICHIESTO IL SUO INTERVENTO DI CURA?

- H24
- ORE GIORNALIERE N. _____
- ORE NOTTURNE N. _____
- 365 GIORNI L'ANNO

ci sarebbe qualcuno che potrebbe sostituirla temporaneamente nel suo ruolo di caregiver?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
potrebbe trovare qualcuno facilmente?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
se si è una persona che appartiene al quotidiano dell'assistito?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

potrebbe indicarla? _____

che rapporto ha con l'assistito? _____

per quanto potrebbe sostituirla? _____

B.3.2 BENESSERE PSICOFISICO RELAZIONALE DEL CAREGIVER

COME GIUDICA LA SUA SALUTE

- eccellente
- molto buona
- buona

discreta

scarsa

RITIENE CHE L'ESSERE CAREGIVER FAMILIARE ABBA INFLUITO NEGATIVAMENTE SULLA SUA SALUTE?

abbastanza

per nulla

COME GIUDICA LA QUALITÀ DELLA SUA VITA?

eccellente

molto buona

buona

discreta

scarsa

RITIENE DI AVERE ABBASTANZA TEMPO PER SÉ?

sì

no

IL SUO RUOLO DI CAREGIVER FAMILIARE CON QUALE INCIDENZA LE LASCIA TEMPO DA DEDICARE A SÉ?

raramente

qualche volta

spesso

quasi sempre

LE CREA PREOCCUPAZIONE O ANSIA LA RESPONSABILITÀ CHE DERIVA DALL'ESSERE CAREGIVER?

raramente

qualche volta

- ▣ spesso
- ▣ quasi sempre

QUANDO È STATA L'ULTIMA VOLTA CHE HA ORGANIZZATO UN MOMENTO DI SVAGO PER SÉ?

- ▣ _____

CHE TIPO DI SVAGO?

OSSERVAZIONI

FIRMA CAREGIVER

FIRMA OPERATORE
