CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI CRAIOVA
Direcția de Asistență Socială Craiova
Biroul Protecție Persoane Vârstnice și Persoane cu Dizabilități și Prevenire Marginalizare Socială
Nr._____/_____

ANEXA nr. 1 la
Ordinul nr.491/180/2003

GRILA DE EVALUARE MEDICO-SOCIALĂ

a persoanelor care se interneaza în unități de asistenta medico-sociale

Serviciul public de asistenta socială din localitatea .....
sat [] comuna [] oraş [] municipiu [] sector []
Județul .....
Nr. fisei .....
Data evaluării .....
Ancheta socială efectuată de .....
(numele, prenumele, funcția)

I. Date de identificare a persoanei evaluate

1. Numele (cu inițială tatălui) .....
2. Prenumele .....
3. Data şi locul naşterii .....
4. Varsta .....
5. Domiciliul stabil: localitatea ....., județul (sectorul) .....,
   cod poştal ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., ap. ...,
   nr. telefon fix ....., nr. telefon mobil ....., e-mail .....
6. Profesia .....
7. Ocupația .....
8. Studii: fără [] 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: de varsta, de invaliditate, de nevazator, 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: necasatorit(a) [] căsătorit(a) [] data .....

vaduv(a) [] data ..... divorțat(a) [] data .....
despărțit(a) 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: soț/sotie [] fiu/fiica [] ruda [] alte persoane []
3. Locul şi data naşterii .....
4. Adresa de domiciliu .....
.....
5. Nr. telefon la domiciliu ....., la serviciu .....,
nr. telefon mobil ....., nr. fax ....., e-mail .....

III. Persoana de contact în caz de urgenta
1. Numele ..... prenumele .....
2. Adresa de domiciliu .....
3. Nr. telefon la domiciliu ....., la serviciu .....,
nr. telefon mobil ....., nr. fax ....., e-mail .....

IV. Evaluarea medicală
A. Starea prezenta (date anamnestice, examinare clinica pe aparate şi sisteme)
.....
.....
.....
.....
.....
.....

B. Rezultate ale investigatiilor paraclinice
.....
.....
.....

C. Diagnostic
.....
.....

D. Evaluarea funcțională a capacității de autoingrijire

1. Autonomie pastrata: DA [] NU []
2. Necesita: supraveghere [] asistare [] îngrijire [] tratament []

E. Recomandări

.....

.....

F. Concluzii:
necesita internare într-o unitate sanitară cu paturi [] necesita tratament la domiciliu []
necesita internare într-o unitate de asistenta medico-socială []

V. Evaluarea situației socioeconomice

A. Locuinta:
1. Casa [] apartament la bloc [] alte situații []
2. Situata: la parter [] la etaj [] ascensor DA [] NU []
3. Componenta: nr. camere ..... bucatarie [] baie [] dus [] W.C. [] situat în interior [] situat în exterior []
4. Încălzire: fără [] centrala [] cu lemne/cărbuni [] gaze naturale [] combustibil lichid [] altele []
5. Apa curenta: DA [] NU [] rece [] calda [] alte situații []
6. Iluminare: suficienta [] insuficienta []
7. Umiditate: nivel normal [] nivel crescut []
8. Stare de igiena: corespunzătoare [] necorespunzătoare []
9. Locuinta este prevăzută cu: aragaz, masina de gătit [] frigider [] masina de spălat [] aparat radio/televizor [] aspirator []
10. Concluzii privind riscul ambiental (condiții de locuit şi facilități)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B. Rețeaua de familie:
1. Persoana evaluată trăieşte: singur/singura [] de la data .....
cu soț/sotie [] 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, varsta), 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 bolnava [] prezintă un handicap [] este dependenta de alcool/droguri []

4. Este ajutataajutata de familie: DA [] NU [] cu bani []
cu alimente [] activităţi de menaj []

5. Relaţiile cu familia sunt: bune [] cu probleme [] fără relaţii []

6. Exista 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 [] biserica [] altele []
Precizări:

.....
.....
.....
.....
.....

3. Este ajutataajutata de prieteni, vecini pentru: cumparaturi [] activităţi de menaj [] deplasare în exterior []

4. Participa 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 persoana 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 necesita ajutor (toaleta propriei persoane, alimentare şi hidratare, mobilizare şi deplasare în interiorul locuinţei, deplasare în exteriorul locuinţei, utilizarea mijloacelor de comunicare la distanta - telefon, alarma şi altele asemenea, efectuarea menajului, efectuarea cumparaturilor, gestionarea şi administrarea bunurilor proprii, utilizarea mijloacelor de transport, activităţi recreative, respectarea indicaţiilor 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 ale cabinetului 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 vieţii zilnice 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 afectiunile cronice pe care le prezintă persoana evaluată, precum şi situaţiile de dificultate datorate unor cauze de natura economică şi socială care pot conduce la apariţia riscului marginalizarii 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 unitate medico-socială: DA [] NU []

Doreşte sa se interneze într-o unitate medico-socială: DA [] NU []

Data Semnatura 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 asistenta medico-socială: DA [] NU []

Accepta recomandarea privind internarea persoanei evaluate într-o unitate de asistenta medico-socială: DA [] NU []

Data ..... Semnatura reprezentantului legal
al persoanei evaluate

.....

Evaluarea medicală în vederea internării domnului/doamnei ..... într-o unitate de asistenta medico-socială a fost efectuată de:

Numele şi prenumele .....
Specialitatea ....., funcția .....
Instituția (unitatea) la care este angajat .....
Adresa instituției (unității) .....
Nr. telefon ....., nr. fax ....., e-mail .....

Semnatura .....

Ancheta socială reprezentând componenta socială de evaluare în vederea internării domnului/doamnei ..... într-o unitate de asistenta medico-socială a fost efectuată de:
Numele şi prenumele .....
Profesia ....., funcția .....
Instituția (unitatea) la care lucrează .....
Adresa instituției (unității) .....
Nr. telefon ....., nr. fax ....., e-mail .....

Semnatura .....

Alte persoane care au participat la evaluare, după caz:
.....
.....
.....

DIRECTOR EXECUTIV,
Ioana Stoian

DIRECTOR EXECUTIV ADJ.,
Petru-Alexandru Dumitrescu

ŞEF BIROU,
Ileana-Cosînzeana Păuneață

ÎNTOCMIT,