|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| DATA DI COMPILAZIONE |  |
| NOME DELL’OPERATORE |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATI DEL RICHIEDENTE | | | |
| NOME E COGNOME |  | | |
| SESSO | * F | | * M |
| INDIRIZZO DI RESIDENZA |  | | |
| COMUNE E ZONA (se di Milano) |  | | |
| TELEFONO |  | | |
| E-MAIL |  | | |
| DATA E LUOGO DI NASCITA |  | | |
| RELAZIONE CON IL BENEFICIARIO | * genitore * figlio * parente: *(specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | * care giver: *(specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* * conoscente * altro: *(specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATI DEL BENEFICIARIO | | | |
| NOME E COGNOME |  | | |
| SESSO | * F | * M | |
| INDIRIZZO DI RESIDENZA |  | | |
| COMUNE E ZONA DEL DECENTRAMENTO se a Milano |  | | |
| TELEFONO |  | | |
| E-MAIL |  | | |
| DATA E LUOGO DI NASCITA |  | | |
| CITTADINANZA | □ italiana  □ non italiana, quale | | |
| INVALIDITÀ | □ no  □ si: *(specificare percentuale)* | |  |
| UTILIZZO DI SERVIZI E RISORSE DEL TERRITORIO *(INDICARE I REFERENTI DEI SINGOLI SERVIZI)* | * Pubblici *( quali):* * Privati *(quali):* | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PROFILO DEL BENEFICIARIO | |
|  | **Analisi della situazione del beneficiario**   * Composizione del nucleo familiare (*indicare le persone che vivono con il beneficiario):* * Parenti che hanno un rapporto significativo con il beneficiario   **Patologie**   * Diabete * Ipertensione * Cardiopatie * Alzheimer * Decadimento fisico * Ictus * Demenza Senile * Oncologico * Disabile * Parkinson * altro: *(specificare)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TERAPIA FARMACOLOGICA | | |
| PASTIGLIE | □ SI  SE SI QUANTE:     |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | L | M | M | G | V | S | D | | MATTINO |  |  |  |  |  |  |  | | POMERIGGIO |  |  |  |  |  |  |  | | SERA |  |  |  |  |  |  |  |   □ NO |  |