

PROGRAMMA PASS

PERCORSI ASSISTENZIALI PER SOGGETTI CON BISOGNI SPECIALI

Informazioni che l'ospedale deve conoscere

| Dati Anagrafici – Informazioni utili | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|----------|
| Cognome e nome | Residenza: Domicilio: | |
| Luogo e data di nascita | Codice fiscale | |
| | Codice esenzione dichiarato | |
| Allergie | | |
| Tipologia della disabilità | | |
| | | |
| Riferimenti telefonici | | |
| Parentela | Cognome e nome | Telefono |
| | | |



| Medici da cui è seguito | | | |
|--|------------------|-------------------------|----------|
| Specialistica | Cognome e nome | Telefono | |
| | | | |
| Terapia medica | | | |
| Nome Farmaco | Principio attivo | Dosaggio | Orario |
| | | | |
| Medicinali che di solito assume al bisogno | | | |
| Sintomo | Nome farmaco | Principio attivo | Dosaggio |
| | | | |
| Intolleranze a farmaci | | Intolleranze alimentari | |
| | | | |

| NOTIZIE | |
|---|--|
| Sa comunicare con gli altri? | |
| Come si fa capire? | |
| Riesce a comunicare con la voce? | |
| Utilizza il linguaggio dei segni? | |
| Può comunicare utilizzando computer/tablet o altro ausilio? | |
| Vuole specificare il tipo di ausilio? | |
| Comportamenti da evitare | |
| Comportamenti da tenere | |
| Descriva l'approccio da tenere per lei piu' favorevole (esperienze passate positive o negative, situazioni tipiche favorevoli o sfavorevoli, ecc.)? | |
| E' autonomo in tutto? | |
| Si alimenta da solo? | |
| E' autonomo in bagno? | |
| Può essere lasciato solo, anche se per poco tempo? | |
| Se non può essere lasciato solo anche per poco, di chi ha bisogno accanto a sé? | |

Informazioni che l'ospedale ha bisogno di conoscere

| | |
|---|--|
| Come puoi aiutarmi a capire | |
| Ha difficoltà a vedere anche con gli occhiali? | |
| Ha difficoltà a vedere chiaramente le facce nella stanza (anche con gli occhiali)? | |
| Ha difficoltà a vedere chiaramente le figure/cartellonistica nella stanza (anche con gli occhiali)? | |
| Ha difficoltà a sentire pur usando un ausilio acustico? | |
| Ha difficoltà a seguire una conversazione in una stanza silenziosa (anche utilizzando un ausilio)? | |
| Ha difficoltà a seguire una conversazione in una stanza rumorosa (anche utilizzando un ausilio)? | |
| Problemi nella masticazione e deglutizione di cibi: | |
| E' in grado di bere | |
| Le sue difficoltà nel bere | |
| Per la cura della mia persona ho bisogno di quale aiuto: | |
| Disturbi di continenza | |
| Ausili per la continenza utilizzati | |
| E' autonomo negli spostamenti con i seguenti ausili: | |
| E' in grado di muovermi parzialmente con i seguenti ausili: | |
| Da cosa si capisce che sto soffrendo (come puoi capire che provo dolore?) | |
| Cosa fare per aiutarmi se sono ansioso | |
| Di cosa ho bisogno per dormire | |
| Ho bisogno di ausili per dormire? se sì specificare | |



Informazioni che potrebbero rendere più accogliente l'ospedale

| | |
|---|--|
| Cose o comportamenti che mi piacciono | |
| Cose o comportamenti che NON mi piacciono | |

| Sezione Diagnostica per immagini | |
|--|--|
| Ha mai eseguito esami in radiologia? Se sì quali? | |
| Le è già stato somministrato del mezzo di contrasto? | |
| E' in grado di assumere autonomamente una determinata posizione? Se sì, quali? | |
| E' in grado di mantenere una determinata posizione per "x" tempo? Barrare | |



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA: Io sottoscritto -----a ----- il -----
codice fiscale

Consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro quanto precede ai sensi dell'art.47 del DPR 445/2000 e s.m.i. (allegare documento di riconoscimento)

Firma del dichiarante

Il dichiarante può essere l'interessato, se ne ha le capacità, il legale rappresentante (genitori per i minori, tutore per l'interdetto), l'amministratore di sostegno se ciò è previsto nell'atto di nomina. L'inabilitazione non incide sulla capacità generale. Non rileva dunque nel caso in oggetto.