**SCHEDA DI RICONOSCIMENTO dello STATUS di**

**CAREGiver FAMILIARE/SEZIONE CARE GIVER**

Immagine che contiene logo, Carattere, Elementi grafici, grafica

Descrizione generata automaticamente

**(parte da compilare in fase di colloquio)**

**B.3.1 l’ASSISTITO è IN GRADO DI:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| organizzare la propria giornata in autonomia | * Si | * No |
| ha una giusta percezione del contesto esterno? | * Si | * No |
| l’assistito è in grado di gestire in autonomia i rapporti sociali? | * Si | * No |
| è capace di organizzare i servizi di assistenza quotidiani? | * Si | * No |
| esprime le proprie esigenze in modo comprensibile? | * Si | * 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 | * Si | * No |
| da quanto tempo |  | |
| la convivenza è dettata dalla disabilità | * Si | * No |
| l’assistito è in struttura | * Si | * 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? | * Si | * No |
| potrebbe trovare qualcuno facilmente? | * Si | * No |
| se si è una persona che appartiene al quotidiano dell’assistito? | * Si | * 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 ABBIA 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?

* si
* 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**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**