

PERSONE DI CONTATTO

Nome e numero di telefono:

Famiglia:

Home:

DATI PERSONALI

Cognome:	Nato/a il:	<input type="checkbox"/> Francese
Nome:	Sesso:	<input type="checkbox"/> Tedesco
Cognome d'uso:	altezza:	<input type="checkbox"/> Italiano
Indirizzo:	peso:	<input type="checkbox"/> Altro

Breve descrizione delle condizioni generali del paziente, delle interazioni con le persone che lo circondano e del livello di assistenza richiesto:

.....
.....

VIAGGIO

Sì No

- ☐ ☐ Può salire le scale dell'aereo
- ☐ ☐ Sedia a rotelle personale etichettata (cuscino e poggiatesta etichettati)
- ☐ ☐ Sedia personale elettrica
- ☐ ☐ Rollator personale etichettato
- ☐ ☐ Bastoni personali etichettati
- ☐ ☐ Sedia a rotelle all'aeroporto (assistenza a terra)

<input type="checkbox"/> Sedia manuale	Marca:	Dimensioni:	Peso:
<input type="checkbox"/> Sedia personale elettrica	Marca:	Dimensioni:	Peso:
<input type="checkbox"/> Batteria (secca)	Marca:	Dimensioni:	Peso:

Abbonamento FFS ☐ AG ☐ ½ Tariffa ☐ Nessun abbonamento ☐ Carta accompagnatore gratuita

Aeroporto di partenza: ☐ Ginevra ☐ Zurigo ☐ Milano ☐ Nessuno **Aeroporto di ritorno:** ☐ Ginevra ☐ Zurigo ☐ Milano ☐ Nessuno

ACCUEIL SAINT-FRAI

Sì No

- ☐ ☐ Materasso antidecubito
- ☐ ☐ Barriera destra/sinistra
- ☐ ☐ Verticalizzatore con fascia personale
- ☐ ☐ Sollevatore

COMUNICAZIONE

Sì No

- ☐ ☐ Autonomo nel vedere
- ☐ ☐ Autonomo nell'udire
- ☐ ☐ Autonomo nel parlare
- ☐ ☐ Disturbi del linguaggio
- ☐ ☐ Protesi acustiche
- ☐ ☐ Occhiali
- ☐ ☐ Altri :

STATO PSICHICO

Sì No

- ☐ ☐ Orientato nel tempo
- ☐ ☐ Orientato nello spazio
- ☐ ☐ Calmo
- ☐ ☐ Agitazione moderata
- ☐ ☐ Ansia moderata
- ☐ ☐ Aggressività moderata
- ☐ ☐ Disturbi della memoria
- ☐ ☐ Altri :

MOBILITAZIONE

Sì No

- ☐ ☐ Autonomo
- ☐ ☐ Aiuto per alzarsi / coricarsi
- ☐ ☐ Aiuto per camminare
- ☐ ☐ Aiuto per i trasferimenti
- ☐ ☐ Tendenza a cadere
- ☐ ☐ Tendenza alla fuga
- ☐ ☐ Stecche
- ☐ ☐ Altri :

IGIENE / ABBIGLIAMENTO

Sì No

- ☐ ☐ Autonomo
- ☐ ☐ Aiuto per lavarsi
- ☐ ☐ Toilette completa
- ☐ ☐ Aiuto per vestirsi/svestirsi
- ☐ ☐ Aiuto per pettinarsi / radersi
- ☐ ☐ Protesi dentarie
- ☐ ☐ Altri :
.....

ALIMENTAZIONE

Sì No

- ☐ ☐ Autonomo
- ☐ ☐ Aiuto per mangiare e bere
- ☐ ☐ Dieta per diabetici
- ☐ ☐ Dieta vegetariana
- ☐ ☐ Vegano
- ☐ ☐ Senza glutine
- ☐ ☐ Altra dieta :
.....
- ☐ ☐ Tritato
- ☐ ☐ Liscio
- ☐ ☐ Alcol
- ☐ ☐ Sonda PEG
- ☐ ☐ Altri :
.....
- ☐ ☐ Allergie alimentari :
.....

ELIMINAZIONE

Sì No

- ☐ ☐ Autonomo
- ☐ ☐ Accompagnare alla toilette
- ☐ ☐ Dare padella / orinatoio
- ☐ ☐ Incontinenza / protezioni
- ☐ ☐ Sonda vescicale
- ☐ ☐ Sovrapubico
- ☐ ☐ Svuotare uriflac mattina e sera
- ☐ ☐ Cateterismo unico
- ☐ ☐ Urostomia
- ☐ ☐ Stomia digestiva
- ☐ ☐ Dialisi
- ☐ ☐ Controllo del transito intestinale
- ☐ ☐ Altri :
.....

RESPIRAZIONE

Sì No

- ☐ ☐ Autonomo
- ☐ ☐ CPAP / notte
- ☐ ☐ BIPAP / notte
- ☐ ☐ Altri :
.....

NOTTE

Sì No

- ☐ ☐ Lasciare dormire
- ☐ ☐ Svuotare padella / orinatoio
- ☐ ☐ accompagnare alla toilette
- ☐ ☐ Cambiare le protezioni
- ☐ ☐ Cambiare posizione
- ☐ ☐ Cuscino di posizione

NOTTE (CONTINUA)

Sì No

- ☐ ☐ Installazione particolare :
.....
- ☐ ☐ Barriera destra / sinistra
- ☐ ☐ Rimuovere le protesi
- ☐ ☐ Altri :
.....

FARMACI

In una scatola settimanale nominativa, ad eccezione delle preparazioni effettuate in farmacia.

Elenco dei farmaci OBBLIGATORIO.

- ☐ Gestisce da solo ☐ Gestito dall'infermiera

ALTRI TRATTAMENTI

Sì No

- ☐ ☐ Anticoagulante
- ☐ ☐ Antiepilettico
- ☐ ☐ Allergie :
.....
- ☐ ☐ Medicazioni :
.....
- ☐ ☐ Dolori :
.....
- ☐ ☐ Varie :
.....

Sì No

- ☐ ☐ Iniezione insulina s/c
- ☐ ☐ Pompa

Sì No

- ☐ ☐ Camera impiantabile
- ☐ ☐ Shunt (artero-venoso)

Luogo e data:

Firma :

.....

.....

Si prega di allegare a questo documento una copia fronte-retro del documento d'identità valido del malato

Da restituire entro il **24 février 2026**
a lourdes@shoms.ch