



Sosteniamo le famiglie
che si prendono cura della
persona colpita da Alzheimer

Con il patrocinio:



Partners:



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO RESTO A CASA

**DA INVIARE VIA FAX AL N° 0733 33811
O VIA E-MAIL: restoacasa.ap@cooperativagea.org**

In sede di valutazione della domanda per usufruire del Servizio di Assistenza domiciliare, ci si riserva la possibilità di richiedere informazioni aggiuntive utili a chiarire ulteriormente il quadro socio-sanitario del malato e della sua famiglia.

A) DATI DEL RICHIEDENTE:

Nome e Cognome:

Data e Luogo di Nascita:

Indirizzo di Residenza:

Comune di Residenza:

Num.di Telefono:

E-mail:

Relazione con il paziente: Coniuge Figlio/a Fratello/Sorella Altro

Quante ore a settimana dedica al familiare/paziente?

Altri familiare oltre lei sono impegnati nell'assistenza? sì no

È attualmente occupato/a? sì no

Altro/note:

B) DATI DEL FAMILIARE/PAZIENTE:

Nome e Cognome:

Data e Luogo di Nascita:

Indirizzo di Residenza:

Comune di Residenza:

Pag. 1 di 2



www.restoacasa.cooperativagea.org

e-mail: restoacasa.ap@cooperativagea.org

PUNTO DI ASCOLTO: Sede operativa della Coop. Gea c/o Confartigianato
Viale S. Vellei 16/B - Ascoli Piceno- Tel. 0736.336402- Cell. 331.8893810

GEA COOP.SOCIALE A.R.L.

CCIAA REA: Mc-182502 - Albo Coop. N°A222023

Via Ungaretti, 84 - Macerata - Tel. 0733.32827



Sosteniamo le famiglie
che si prendono cura della
persona colpita da Alzheimer

Con il patrocinio:



Partners:



Comune
di Ascoli Piceno
MEDAGLIA D'ORO AL VALOR
MILITARE PER ATTIVITÀ PARTIGIANA



Distretto Sanitario
Ascoli Piceno



Ascoli Piceno e Fermo



Associazione
Nazionale Anziani
e Pensionati



Servizi per la
Formazione
dal 1968

B) DATI DEL FAMILIARE/PAZIENTE:

Num.di Telefono:

Con chi vive :

Invalidità :

Accompagno: sì no

N° figli: Stato civile: Celibe/Nubile Sposato/a Vedovo/a

Aiuto in casa: Badante Aiuto per le pulizie Altro Nessuno

Se si per quante ore:

C) QUADRO CLINICO:

Anno della diagnosi di Alzheimer

Punteggio dell'ultimo MMSE in data

Deficit sensoriali: Difficoltà sensitive Difficoltà acustiche Altro

Mobilità: Si sposta da solo/a Si sposta assistito/a da una persona

Si sposta con l'utilizzo di ausili Non si sposta

Attività della vita quotidiana:

Autonomo/a Parzialmente Dipendente Completamente

Dipendente

Patologie concomitanti:

È propenso a monitorare le attività del paziente

tramite ausili tecnologici (disponibili per 3 famiglie)? sì no

Autorizzo, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei dati personali. Cooperativa Gea informa che i dati riportati saranno utilizzati esclusivamente ad uso interno.

Firma del richiedente

Pag.2 di 2



www.restoacasa.cooperativagea.org

e-mail: restoacasa.ap@cooperativagea.org

PUNTO DI ASCOLTO: Sede operativa della Coop. Gea c/o Confartigianato
Viale S. Vellei 16/B - Ascoli Piceno- Tel. 0736.336402- Cell. 331.8893810

GEA COOP.SOCIALE A.R.L

CCIAA REA: Mc-182502 - Albo Coop. N°A222023

Via Ungaretti, 84 - Macerata - Tel. 0733.32827