

UNITATEA DE ASISTENȚĂ MEDICO- SOCIALĂ SUSENII BĂRGĂULUI

Aprobat
Director

FIȘA DE EVALUARE

Numele : Prenumele: sex: ...

Data nașterii : anul : luna: ziua:

Domiciliul legal:

CI seria ... nr..... CNP

Ocupația : Profesia:

Certificat de încadrare în grad de handicap: DA/NU nr....., grad handicap:, cod handicap:

Data internării :

Data externării: _____

Data evaluării :

Persoane de contact: Nume, prenume, domiciliul, nr. de telefon

.....

Diagnosticul de trimitere:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Diagnostic la 48 ore:

.....
.....
.....

1. AUTONOMIE PERSONALĂ :

- a) hrănire:
- b) igiena:
- c) îmbrăcare/dezbrăcare

independent	are nevoie de ajutor	dependent

2. EXAMEN OBIECTIV:

Caracteristici personale:

- înălțime.....
- greutate.....
- postura.....
- culoarea ochilor.....

3. REGIM ALIMENTAR/ PREFERINȚE ȘI RESTRICȚII ALIMENTARE:

.....
.....
.....

4. VĂZ.....

5. APARAT AUDITIV.....

6.COMUNICARE(LIMBAJ).....

7.SĂNĂTATE BUCALĂ (DENTIȚIE).....

8. LOCOMOȚIE :.....

.....
.....

10. ISTORICUL RECĂDERILOR.....
.....
.....
.....
.....
.....

11. CONTINENȚA.....
.....
.....
.....
.....

12. MEDICAȚIA CURENTĂ.....
.....
.....
.....
.....

13. REZULTATELE EXAMENULUI PSIHIATRIC ȘI NEUROLOGIC.....
.....
.....

14. COGNIȚIE.....
.....
.....
.....
.....

15. PREOCUPĂRI/ PREFERINȚE ACTIVITĂȚI.....
.....
.....

16. NEVOI DE EDUCAȚIE.....
.....
.....
.....

17. NEVOI CULTURALE.....
.....

19. SIGURANȚA PERSONALĂ.....
.....
.....

20. RISCURI.....
.....
.....

21. RELAȚIA CU FAMILIA/ALTE CONTACTE SOCIALE.....
.....
.....
.....
.....
.....

22. DEPENDENȚA DE DROGURI/ALCOOL/TUTUN.....
.....
.....

ECHIPA MULTIDISCIPLINARĂ:

PREȘEDINTE: MEDIC: _____

MEMBRU: ASISTENT SOCIAL: _____

MEMBRU: PSIHOLOG: _____

MEMBRU: ASISTENT MEDICAL ȘEF: _____

MEMBRU: FIZIOKINETOTERAPEUT: _____

BENEFICIAR,