

# Easy Labs Srl

[www.easylabs.it](http://www.easylabs.it)  
[ufficio@easylabs.it](mailto:ufficio@easylabs.it)

via Venasca, 16 - 10138 TORINO

P.IVA 07283360019 Tel 011-4386140 Fax 011-4308468

## Scheda raccolta dati utente per richiesta consulenza

{Vi preghiamo di voler compilare e fornirci quante più informazioni possibili per poter meglio rispondere alle Vostre necessità. Questo modulo riguarda sia utenti di età pediatrica che adulti. Una volta compilato questo documento restituitecelo via email o fax}

{Se li aveste a disposizione potete anche inviarci link dei video del paziente, o una email tramite sistemi simili a wetransfer all'indirizzo [ufficio@easylabs.it](mailto:ufficio@easylabs.it), per meglio documentare la condizione attuale del paziente e le sue capacità e postura}

{Questo modulo è disponibile anche come foglio di calcolo, se preferite averlo in questo formato, fatecene richiesta via email}

### a) **RICHIEDENTE**

Nome e cognome:

Ente/Asl:

Tel:

E-mail:

Grado di parentela/ruolo:

### b) **UTENTE**

Nome e Cognome:

(per la privacy potete omettere questa informazione, vi chiediamo però di indicarci le iniziali o un nome fittizio)

Data e luogo di nascita:

(per la privacy potete omettere questa informazione, vi chiediamo però di indicarci l'età in modo approssimativo)

Residenza/Domicilio: (per la privacy potete omettere questa informazione)

Classe frequentata:

Insegnante di sostegno: sì  no

### c) **Obiettivo della consulenza:**

(Specificare cosa si richiede) .....

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

La medesima richiesta é stata sì  no

posta ad altri in precedenza?

Se possibile specificare a chi e quando?

I suggerimenti ottenuti sono stati messi in atto? sì  no

Specificare in entrambi i casi .....

d) **Problema/diagnosi:** .....

Quando si è manifestato il problema: .....

(Eventuale descrizione)

Nome e contatto dello specialista: .....

Percorso finora svolto riabilitativo, comunicativo e/o scolastico .....

Descrizione libera.....

d1) **Difficoltà motorie:** (descrivere) .....

Sostiene capo: sì  no  Sostiene tronco: sì  no

Controllo arti superiori sì  no  Arti Inferiori sì  no   
(è in grado di afferrare? sì  no )

Postura preferita durante la giornata:

Deambulazione autonoma: presente sì  no  assente  
altro...(spiegare)

Utilizza carrozzina/altro sistema posturale?

No  Ne è in possesso? sì  no  Motivo per cui non viene utilizzata:

Sì  Manuale  Nome produttore e modello  
Elettronica   
Basculante

È presente appoggiatesta? sì  di che tipo? no

Altre informazioni relative a deambulazione e/o carrozzina .....

d2) **Difficoltà respiratorie:** .....

Utilizza ventilatore? Sì  No  se sì, di quale tipo .....

In che orari? .....

d3) **Difficoltà comunicative:** .....

Livelli di comunicazione verbale: .....

Utilizza strumenti di CAA? .....

Se sì quali e da quanto tempo?

In quali orari della giornata:

Per quale attività?

Chi si occupa di tenerli aggiornati?

Utilizza librerie di simboli? sì  *quali?* *no*

La persona per la quale viene richiesta la consulenza è in grado di utilizzare l'alfabeto?

In caso positivo, con quale modalità? scansione verbale sì  no

tramite un software sì  no

ETRAN sì  no

Puntamento oculare sì  no

altro (specificare)

Attività di gioco preferite .....

d4) **Difficoltà visive:**

Utilizza lenti correttive?

d5) **Grado di abilità cognitive:**

e) **Hobby:**

(Attività preferite dell'utente)

f) **Ausili utilizzati:**

(Specificare cosa e per quanto tempo)

g) **Materiali informatici in uso:**

PC sì  no

Windows  iOS/Apple

Tablet sì  no

iOS  Android  Windows

Smartphone sì  no

iOS  Android

Altro .....

h) **Internet** È presente connessione al domicilio del paziente? Sì  No

**i) CAREGIVERS**

Figura responsabile del progetto riabilitativo (nome, riferimento, email):

.....  
.....

Professionisti (fisiatra, neurologo, psicologo, logopedista, fisioterapista, tnpee, educatori, altri) che seguono l'utente: chi, ente, frequenza:.....

.....  
.....

Contatto dei medesimi per una possibile collaborazione

.....  
.....

**l) FORNITURA**

Chi finanzierebbe le eventuali forniture/formazione?

SSN  Scuola

Di tasca propria  Nonni/ zii/famiglia allargata

Altro .....

**Se non fosse possibile contare su finanziatori esterni, è possibile per i familiari farsi carico della spesa di un eventuale percorso fatto con EASY LABS?**

.....  
.....

Firma leggibile

Luogo e data: