

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 avete a disposizione potete anche inviarci link dei video del paziente, o una email tramite sistemi simili a wetransfer all'indirizzo ufficio@easylabs.it, per meglio documentare la condizione attuale del paziente e la postura e le sue capacità ed il livello di motivazione attuale}

{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 {in relazione all'utente}:

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)

{Se in età scolare} Classe frequentata:

Insegnante di sostegno: sì no **c) Obiettivo della consulenza:**

(Specificare cosa ci si richiede)

.....

.....

La medesima richiesta é stata posta ad altri in precedenza?

sì no

Se possibile specificare a chi e quando?

I suggerimenti e le indicazioni o prescrizioni ottenute sono state messe 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)

Quali sono la postura preferita e quella mantenuta durante la giornata: {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)

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

Utilizza carrozzina/altro sistema posturale?

No Ne è in possesso? sì
no

(Eventuali motivi per cui la carrozzina non viene utilizzata: specificare)

Sì Marchio e modello
Manuale Elettronica comando a joystick , a testa , altro Basculante

È presente sistema posturale? sì quale/i? no

È presente appoggiatesta? sì di che tipo? no

È presente tavolino? sì di che tipo? no

Da quanto tempo l'utente ha in dotazione la carrozzina attuale?

Altre informazioni relative a deambulazione e/o carrozzina che ritenete di volerci comunicare

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 un sistema alfabetico?

sì no

In caso positivo, con quale modalità?

scansione verbale

sì no

tramite un software

sì no

ETRAN

sì no

Puntamento oculare

sì no

altro (specificare)

Per ETRAN si veda <https://www.easylabs.it/it/supporto/guida-ai-prodotti/item/331-etrان> e pagine collegate

Attività di gioco preferite

d4) **Difficoltà visive:**

Utilizza lenti correttive?

A quando risale l'ultima visita oculistica?

Il pz ha mai subito interventi agli occhi?

d5) **Grado di abilità cognitive:**

e) Hobby/Attività motivanti:

(Attività preferite dell'utente)

f) Ausili in suo attualmente ed utilizzati precedentemente:

(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
 specificare di che tipo ADSL FIBRA Via cellulare altro (spec)

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) **MOTIVAZIONE** Secondo il richiedente la consulenza, il paziente accetterebbe e sarebbe disponibile ad utilizzare un eventuale ausilio identificato nel corso di questa consulenza?

Sulla base di quali elementi si basa questo parere?

m) **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, sarebbe possibile per i familiari farsi carico della spesa di un eventuale percorso da svolgere con EASY LABS?

.....

n) **LUOGO CONSULENZA**

Specificare dove si vorrebbe che venisse svolta la consulenza ed orari di preferenza

Ente/ragione sociale/Cognome {sul citofono}	
Via/corso/viale	
Città	cap
telefono	email
Fascia oraria preferita {se possibile cercheremo di rispettarla}	

Firma leggibile

Luogo e data: