



**CHECK-LIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA
A SOGGETTI BENEFICIARI DI IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE (ICDB, ICDM, ICDA)**

(nome e cognome dell'utente) _____

nato/a a _____ (____) il |_|_|||_|_|||_|_|_|_|

residenza/domicilio presso cui viene compilata la check-list:

Comune di _____ (____)

via _____ n. _____ - frazione _____

| Attività | Controllo effettuato | Adeguatezza | Note o commenti |
|--|--|--|-----------------|
| 01.Pulizia e igiene della persona | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 02.Situazione vestiario e calzature | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 03.Presidi per la mobilità della persona / ausili | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 04.Convivenza con altre persone | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 05.Situazione nutrizionale della persona | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 06.Presenti in casa farmaci prescritti o da banco | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 07.Farmaci in ordine con evidenza di somministrazione regolare | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 08.Sorveglianza sull'incolumità della persona | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 09.Evidenza di preparazione pasti caldi* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 10.Disponibilità cibo in casa* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 11.Convivenza con animali domestici* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 12.Sicurezza ambientale (rischio cadute, infortuni)* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 13.Pulizia della casa* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 14.Riordino della casa* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 15.Riscaldamento (inverno)* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 16.Condizionamento (estate)* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 17.Compagnia, supporto anche da persone non conviventi* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 18.Sicurezza ambientale (altri rischi)* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 19.Utenze (gas, energia el., acqua, telefono)* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 20.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 21.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |

* Facoltativo per ICDA

Data di compilazione |_|_|||_|_|||_|_|_|_|

L'operatore

(firma leggibile)