Diputació Barcelona

**Àrea d'Atenció a les persones**

Gerència de Serveis Residencials
d'Estades Temporals i RESPIR

Pg. de la Vall d'Hebron, 171 · 08035 Barcelona
Tel. 934 022 586 / Fax. 934 022 934.
www.diba.cat / respir.info@diba.cat

# SOL·LICITUD D'ESTADA TEMPORAL PER A GENT GRAN

Foto

## 1.- DADES DE L'USUARI

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1er cognom: | | 2n cognom: | | |
| Nom: | | Sexe: | Estat civil: | Fills: |
| Data naixement.: | Edat: | Lloc naixement: | | |
| DNI: | | Núm. Tarja Sanitària-CatSalut-: | | |
| Domicili actual: | | | Codi Postal: | |
| Població: | | | Dte. Municipal: | |
| Telèfon domicili: | | | | |

## 2.- DADES FAMILIARS

**Principal persona de referència de l'usuari (cuidador/a)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cognoms: | | | Nom: |
| Parentiu: | Edat: | E-mail: | |
| Adreça: | | | |
| Codi Postal: | Població: | | |
| Telèfon mòbil: | Altres telèfons: | | |

**Altres persones de referència**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cognoms | | | Nom: |
| Parentiu: | Edat: | E-mail: | |
| Adreça: | | | |
| Codi Postal: | Població: | | |
| Telèfon mòbil: | Altres telèfons: | | |

**Ingrés familiar conjunt *(expedient relacionat amb)*:**

| | |
|---|---|
| Cognoms: | Nom: |
| Parentiu: | Edat: |
| Programa *(Gent Gran o Persones amb Discapacitat Psíquica)*: | |

## 3.- PERÍODE SOL.LICITAT

| |
|---|
| Preferentment: |
| Alternatives: |
| La demanda és per Hospitalització ó Intervenció quirúrgica de familiar? |

## 4.- DOCUMENTACIÓ NECESSÀRIA PER TRAMITAR LA SOL.LICITUD

***No es tramitarà cap sol.licitud que no aporti la documentació demanada, o no estigui degudament complimentaad***

- 1 fotografia (carnet o similar)
- 2 fotocòpies del DNI
- 1 fotocòpia Tarja Sanitària -CatSalut-
- ☐ Informe de salut -actualitzat- màxim d'un mes abans de la data en què es formalitza
- ☐ la sol.licitud **(document adjunt 1)**
- ☐ 1 fotocòpia del 1er full de la Llibreta d'estalvis on es domiciliarà el pagament del servei
- ☐ Declaració jurada dels ingressos anuals, signada per l'usuari o en el seu defecte pel familiar de referència **(document adjunt 2)**
- Perfil del sol.licitant **(document adjunt 3)**
- ☐ Informe social **(document adjunt 4)**

☐

***Requeriments per la gestió de sol.licitud d'estada per a Gent Gran:***

El període per cursar la sol.licitud es tancarà **<u>90 dies abans</u>** del primer dia del mes pel qual sol.licita l'ingrés

☐

Data:

Signatura de la persona referent (cuidador/a)

*En compliment de l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us proporcionem informació en relació a l'ús de les dades personals que us sol·licitem en aquest formulari:*

| | |
|---|---|
| *Responsable del fitxer:* | *Diputació de Barcelona* |
| *Adreça:* | *Rambla de Catalunya, 126. 08008 Barcelona* |
| *Identificació del fitxer:* | *Registre d'usuaris dels centres d'atenció social* |
| *Finalitat del fitxer:* | *Gestió del registre d'usuaris dels centres d'atenció social* |
| *Cessions previstes:* | |
| *Exercici de drets:* | *Registre General de la Diputació de Barcelona* |

*Us recordem que, per gestionar aquesta sol·licitud, ens heu de proporcionar tota la informació assenyalada com a obligatòria i que les vostres dades s'incorporaran al fitxer identificat. Teniu dret a accedir, rectificar i cancel·lar les vostres dades i a oposar-vos al seu tractament, en les condicions previstes en la legislació vigent, dirigint-vos on s'indica en l'apartat d'exercici de drets.*

Àrea d'Atenció a les persones

Gerència de Serveis Residencials
d'Estades Temporals i RESPIR

Pg. de la Vall d'Hebron, 171 · 08035 Barcelona
Tel. 934 022 586 / Fax. 934 022 934.
www.diba.cat / respir.info@diba.cat

***(Document adjunt 1) GG***

# Informe Salut

| 1r Cognom: | 2n Cognom: |
|---|---|
| Nom: | |

## 1. Diagnòstics de malalties

Indiqueu solament la presència de malalties associades amb l'estat actual del/ de la beneficiari/ària pel que fa a les activitats de la vida diària (AVD): estat cognititu, estat de comportament, tractaments mèdics i/o risc de mort.

No tingueu en compte els diagnòstics antics o inactius que hagin estat resolts o no afectin ja la capacitat funcional del beneficiari/ària o el pla de cures.

**1.a. Circulació**
- □ 1.a.1. Insuficiència cardíaca
- □ 1.a.2. Cardiopatia isquèmica
- □ 1.a.3. Alteracions del ritme cardiac
- □ 1.a.4. Hipertensió arterial
- □ 1.a.5. Multiinfart cerebral
- □ 1.a.6. AVC
- □ 1.a.7. TIA
- □ 1.a.8. Arteriopaties perifèriques
- □ 1.a.9. Trastorns venosos perifèrics

**1.b. Neurològic**
- □ 1.b.1. Malaltia d'Alzheimer
- □ 1.b.2. Altres demències
- □ 1.b.3. Esclerosi múltiple
- □ 1.b.4. Malaltia de Parkinson

**1.c. Pulmonar**
- □ 1.c.1. Bronquitis crònica
- □ 1.c.2. Asma
- □ 1.c.3. Enfisema
- □ 1.c.4. Bronquièctasi

**1.d. Osteoarticular i teixit conjuntiu**
- □ 1.d.1. Osteoporosi
- □ 1.d.2. Artrosi
- □ 1.d.3. Espondilosi i trastorns afins
- □ 1.d.4. Artritis reumatoide
- □ 1.d.5. Fractura epifisial pròxima al fèmur

**1.e. Psiquiàtric/ estat d'ànim**
- □ 1.e.1. Depressió
- □ 1.e.2. Esquizofrènia
- □ 1.e.3. Psicosi maniacodepresiva
- □ 1.e.4. Trastorns neuròtics

**1.f. Altres**
- □ 1.f.1. Diabetis
- □ 1.f 2. Hepatitis vírica
- □ 1.f 3. Altres malalties hepatovesiculars
- □ 1.f 4. Hipertiroïdisme
- □ 1.f.5. Hipotiroïdisme
- □ 1.f 6. Dislipèmia
- □ 1.f 7. Anèmia
- □ 1.f 8. Insuficiència renal crònica
- □ 1.f.9. Hiperplàsia de pròstata
- □ 1.f 10. Hèrnia de hiatus
- □ 1.f 11. Úlcera gàstrica
- □ 1.f 12. Cataractes
- □ 1.f.13. Glaucoma
- □ 1.f 14. Enolisme crònic
- □ 1.f 15. Infecció per VIH

**1.g. Cap de les anteriors**

- □ 1.g.1. . .....
- □ 1.g.2. . .....
- □ 1.g.3. . .....
- □ 1.g.4. . .....
- □ 1.g.5. . .....
- □ 1.g.6. . .....
- □ 1.g.7. . .....
- □ 1.g.8

**2. Estabilitat de l'estat de salut**

□ 2.a. L'estat de salut de la persona gran és estable en relació amb totes les malalties i intervencions enumerades o no té cap malaltia.

□ 2.b. L'estat de salut de la persona gran, malgrat complir correctament les prescripcions terapèutiques no està estabilitzat en relació amb els signes i els símptomes de totes les malalties o intervencions enumerades. (No s'ha de tenir en compte l'evolució natural de les malalties progressives). Indiqueu quines no estan estabilitzades: ..... .....

.....

.....

**3. Intervencions terapèutiques**

□ 3.a. Medicació (indiqueu la medicació actual, via d'administració i dosi)

.....

.....

.....

.....

.....

□ 3.b. Necessita una dieta específica.

Quina: .....

..... .....

.....

.....

□ 3.c . Se li ha de practicar algun tipus de cura i pot ser realitzada per algun familiar o una altra persona prèviament instruïda.

□ 3.d . Se li ha de practicar algun tipus de tècnica sanitària (ex.:injectables, cures, etc.) que ha de fer un professional.

□ 3.d.1 Se li ha de practicar una tècnica sanitària diverses vegades al dia?
- □ No
- □ Si Quina?.....

□ 3.d.2 Se li ha de practicar diferents tècniques sanitàries al dia?
- □ No
- □ Si Quines?.....

.....

.....

□ 3.e . Presenta malalties o processos rehabilitables per mitjà de fisioteràpia o teràpia ocupacional, de menys de 9 mesos d'evolució?. No considereu les actuacions preventives ni les de manteniment.

□ Sí □ No

□ 3.f . Necessitats de cures
- □ 3.f.1. Úlceres per pressió
- □ 3.f.2. Úlceres vasculars
- □ 3.f.3. Ferides quirúrgiques
- □ 3.f.4. Cremades
- □ 3.f.5. Altres lesions de la pell. Indiqueu quines:.....
  .....
- □ 3.f.6. Administració medicamentosa parenteral. Indiqueu quina:.....
  .....
- □ 3.f.7. Altres necessitats de cures. Indiqueu quines:.....
  .....

**4. Problemes de salut**

□ 4.a. Caigudes repetides (en els últims 30 dies)
□ 4.b. Pèrdua de pes superior al 10% en els últims 6 mesos
□ 4.c. Obesitat
□ 4.d. Al·lèrgia. Especifiqueu a què.....
.....
□ 4. e. Dispnea en repòs
□ 4. f. Vertigen
□ 4. g. Agitació piscomotora
□ 4. h. Alteració del ritme del son
□ 4. i. Dolor agut (en els últims 30 dies)

□ 4. j. Dolor osteoarticular crònic
□ 4. k. Altres àlgies. Especifiqueu quines:
.....
□ 4. i. Dèficit visual
□ 4. m. Dèficit auditiu
□ 4. n. Hemiparèsia / hemiplègia
□ 4. o. Incontinència urinària
□ 4. p. Incontinència anal
□ 4. r. Altres problemes. Especifiqueu quins:
.....
.....
.....

**5. Aspectes d'autonomia personal**

Els conceptes de **vigilància, ajuda i/o suplència** es refereixen a la necessitat que hi sigui present una tercera persona.

**Alimentar-se** es refereix a l'acció de menjar i no a la preparació dels aliments.

**La toaleta** fa referència a la higiene per parts, rentar-se les mans i la cara, pentinar-se, etc. (no comprèn la dutxa o el bany).

**Les transferències** es refereixen a l'acció del canvi de lloc de la persona gran. Per exemple, passar del llit a la cadira, al vàter, etc.

**La deambulació** (considerada sempre dins l'habitatge) és autònoma encara que li calguin ajudes mecàniques ( cadira de rodes, bastons, etc.) si no requereix una tercera persona.

**En el control d'eliminació**, les persones portadores de sonda urinària o col·lector (urinari o fecal) es consideraran autònomes. En la resta es valorarà el grau d'ajut que necessita.

**5.1. Activitats bàsiques de la vida diària (AVD). Indiqueu una casella a cadascuna de les activitats.**

| **Alimentar-se** | **Punts** ☐ | **Vestir-se** | **Punts** ☐ |
|---|---|---|---|
| ☐ és autònom/a | 0 | ☐ és autònom/a | 0 |
| ☐ li cal vigilància | 5 | ☐ li cal vigilància | 5 |
| ☐ li cal ajuda | 10 | ☐ li cal ajuda | 10 |
| ☐ li han de donar | 20 | ☐ li han de donar | 20 |
| **Fer-se la toaleta** | **Punts** ☐ | **Fer transferències** | **Punts** ☐ |
| ☐ és autònom/a | 0 | ☐ és autònom/a | 0 |
| ☐ li cal vigilància | 5 | ☐ li cal vigilància | 5 |
| ☐ li cal ajuda | 10 | ☐ li cal ajuda | 10 |
| ☐ li han de fer | 20 | ☐ li han de fer | 20 |
| **Deambular** | **Punts** ☐ | **Control d'eliminació** | **Punts** ☐ |
| ☐ és autònom/a | 0 | ☐ és autònom/a | 0 |
| ☐ li cal vigilància | 5 | ☐ li cal vigilància | 0 |
| ☐ li cal ajuda | 5 | ☐ li cal ajuda | 5 |
| ☐ li han de fer | 10 | ☐ incontinent total | 10 |

**Puntuació total:** **Punts** ☐

**5.2. Avaluació cognitiva. Test d'avaluació cognitiva**

-Marqueu amb 1 la resposta acceptable i amb 0 la no acceptable:

| | |
|---|---|
| 0 1 | 1. Quina data és avui? |
| 0 1 | 2. Quin dia de la setmana? |
| 0 1 | 3. En quin lloc us trobeu? |
| 0 1 | 4. Digueu-me el número de telèfon ( o l'adreça, si no en teniu). |
| 0 1 | 5. Digueu-me l'edat. |
| 0 1 | 6. Quina és la vostra data de naixement? |
| 0 1 | 7. Digueu el nom del president de govern actual |
| 0 1 | 8. Quin és el nom del president anterior? |
| 0 1 | 9. Digueu els dos cognoms de la vostra mare. |
| | 10. Resteu 3 de 20 i continueu restant 3 de cada número resultant fins a acabar. |

**Puntuació total:** **Punts** ☐

**5.3. Atencions especials**

- □ 5.3.a. És portador/a de sonda vesical.
- □ 5.3.b. És portador/a de col·lector extern d'orina.
- □ 5.3.c. És portador/a de sonda nasogàstrica.
- □ 5.3.d. És portador/a de col·lector per ostomia. Quina.....
- □ 5.3.e. Utilitza bolquers.
- □ 5.3.f. Té tractament amb oxigen.
- □ 5.3.g. No és autònom/a per pujar i baixar escales.
- □ 5.3.h. Usa la cadira de rodes de forma autònoma.
- □ 5.3.i. Necessita sempre la cadira de rodes.
- □ 5.3.j. És portador/a de pròtesi externa d'extremitats superiors.
- □ 5.3.k. És portador/a de pròtesi externa d'extremitats inferiors.
- □ 5.3.l. És portador/a de pròtesi dental.
- □ 5.3.m. És portador/a de pròtesi ocular.
- □ 5.3.n. És portador/a de pròtesi interna. Quines:.....

  .....
- □ 5.3.o. És portador/a d'ortesi. Quines:.....

  .....

**6. Informació complementària sobre l'estat de salut**

Poseu tota aquella informació referent a l'estat de salut que cregueu que sigui d'interès i no hagi estat objecte d'atenció en aquest qüestionari.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 7. Identificació dels professionals de salut

Informe emès pel metge/essa.....

Col·legiat/ada núm. ..... d .....

Informe emès pel fisioterapeuta o infermer/a.....

Col·legiat/ada núm. ..... d .....

Que presten els seus serveis a:

Dependència / servei ..... Telèfon.....

Municipi ..... Codi postal.....

Signatura

Metge/essa

....., .....d ..... de .....

*En compliment de l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us proporcionem informació en relació a l'ús de les dades personals que us sol·licitem en aquest formulari:*

| | |
|---|---|
| *Responsable del fitxer:* | *Diputació de Barcelona* |
| *Adreça:* | *Rambla de Catalunya, 126. 08008 Barcelona* |
| *Identificació del fitxer:* | *Registre d'usuaris dels centres d'atenció social* |
| *Finalitat del fitxer:* | *Gestió del registre d'usuaris dels centres d'atenció social* |
| *Cessions previstes:* | |
| *Exercici de drets:* | *Registre General de la Diputació de Barcelona* |

*Us recordem que, per gestionar aquesta sol·licitud, ens heu de proporcionar tota la informació assenyalada com a obligatòria i que les vostres dades s'incorporaran al fitxer identificat. Teniu dret a accedir, rectificar i cancel·lar les vostres dades i a oposar-vos al seu tractament, en les condicions previstes en la legislació vigent, dirigint-vos on s'indica en l'apartat d'exercici de drets.*

Àrea d'Atenció a les persones

Gerència de Serveis Residencials
d'Estades Temporals i RESPIR

Pg. de la Vall d'Hebron, 171 · 08035 Barcelona
Tel. 934 022 586 / Fax. 934 022 934.
www.diba.cat / respir.info@diba.cat

*(Document adjunt 2) GG* **DECLARACIÓ JURADA SOBRE INGRESSOS ANUALS DE L'USUARI/A**

## 1 DADES DE L' USUARI/A

| | | |
|---|---|---|
| Cognoms: | | Nom: |
| Data naixement: __ __ / __ __ / __ __ __ __ | Estat Civil: | DNI/NIF: |
| **Domicili actual**<br>Carrer:<br>Població:<br>Dte.Postal: | | Telèfon 1:<br>Telèfon 2: |

## 2 INGRESSOS

| Especificar -los : | Quantitat de pagues | Quantitat total anual |
|---|---|---|
| **a) Pensió/ons**<br>.....<br>.....<br>..... | | |
| **b) Prestacions socials econòmiques** (de caràcter periòdic atorgades per la Generalitat)<br>.....<br>..... | | |
| **Altres**<br>.....<br>..... | | |
| | **TOTAL** | |

## RENDIMENTS DEL CAPITAL MOBILIARI I/O IMMOBILIARI

| Especificar -los : | Quantitat mensual | Quantitat total anual |
|---|---|---|
| **d)** | | |
| **e)** | | |
| **f)** | | |
| | **TOTAL** | |

## 3 DADES DE LES PERSONES A CÀRREC. *Aquelles persones, membres de la unitat familiar, que no tenen ingressos econòmics propis.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1a. Persona a càrrec** | | | |
| Cognoms: | Nom: | DNI/NIF: | Grau de parentiu: |
| **2a. Persona a càrrec** | | | |
| Cognoms: | Nom: | DNI/NIF: | Grau de parentiu: |

## 4 DADES BANCÀRIES PEL CÀRREC DE L'ESTADA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Denominació de l'entitat: | | Domicili de l'oficina: | | |
| Codi compte client (CCC) | Codi entitat | Oficina | DC | Número de compte o llibreta |
| | | | | |

**Senyor/a** ....., **amb DNI núm.** ....., **com a tutor/a o representant legal de l'usuari/a** ....., **i amb grau de parentiu de** .....

**DECLARA:** Sota la seva responsabilitat que les dades consignades en la present sol·licitud són certes i que en cas contrari es dóna per assabentat que se'n podria derivar la interrupció de la prestació del servei sense perjudici d'altres sancions aplicables.
**AUTORITZA:** A la Diputació de Barcelona a verificar aquestes dades davant l'Agencia Estatal de Administración Tributaria.

**Data i lloc:** _____ **Signatura del declarant** _____

*En compliment de l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us proporcionem informació en relació a l'ús de les dades personals que us sol·licitem en aquest formulari:*

| | |
|---|---|
| *Responsable del fitxer:* | *Diputació de Barcelona* |
| *Adreça:* | *Rambla de Catalunya, 126. 08008 Barcelona* |
| *Identificació del fitxer:* | *Registre d'usuaris dels centres d'atenció social* |
| *Finalitat del fitxer:* | *Gestió del registre d'usuaris dels centres d'atenció social* |
| *Cessions previstes:* | |
| *Exercici de drets:* | *Registre General de la Diputació de Barcelona* |

*Us recordem que, per gestionar aquesta sol·licitud, ens heu de proporcionar tota la informació assenyalada com a obligatòria i que les vostres dades s'incorporaran al fitxer identificat. Teniu dret a accedir, rectificar i cancel·lar les vostres dades i a oposar-vos al seu tractament, en les condicions previstes en la legislació vigent, dirigint-vos on s'indica en l'apartat d'exercici de drets.*

Diputació Barcelona

Àrea d'Atenció a les persones

Gerència de Serveis Residencials
d'Estades Temporals i RESPIR

Pg. de la Vall d'Hebron, 171 · 08035 Barcelona
Tel. 934 022 586 / Fax. 934 022 934.
www.diba.cat / respir.info@diba.cat

***(Document adjunt 3) GG***

## PERFIL DEL SOL.LICITANT RESPIR Gent Gran

**DEMANDA** **Nom usuari/a:**

**1. MOTIU DE LA DEMANDA**

- ☐ Malaltia o hospitalització de familar
- ☐ Obres /arranjament a l'habitatge
- ☐ Descans familiar, vacances o altres

**DEPENDÈNCIA**

**2. BAREM DE VALORACIÓ DE DEPENDÈNCIA**

- ☐ No s'ha sol.licitat Reconeixement de Grau de Dependència, o bé està pendent de determinar el Barem de Valoració de Dependència (BVD), o revisió de Grau, o bé el BVD ha resultat inferior a 25. ***(Només en qualsevol d'aquests casos anteriors cal que el cuidador respongui els apartats* 3 *a* 14*)***
- ☐ BVD Grau 1. Nivell 1
- ☐ BVD Grau 1. Nivell 2
- ☐ BVD Grau 2. Nivell 1
- ☐ BVD Grau 2. Nivell 2
- ☐ BVD Grau 3. Nivell 1
- ☐ BVD Grau 3. Nivell 2

**3. MANTENIMENT DE LA SALUT**

- ☐ És responsable en l'ús de la medicació en les dosis correctes i en les hores assenyalades
- ☐ Se li ha d'administrar la medicació, però té capacitat d'evitar riscos per la salut dintre del domicili
- ☐ Hi hauria risc per la seva integritat física en cas de romandre sol durant certes hores al dia, o aquest risc ha de ser tractat amb mesures de contenció

**4. CAPACITAT PER UTILITZAR ELS DINERS**

- ☐ Administra amb independència el pressupost
- ☐ És autònom per la gestió de petites despeses però necessita ajuda per les gestions bancàries o despeses importants
- ☐ Incapaç d'utilitzar diners

**5. CURA DE LA CASA I RENTAT DE ROBA**

- ☐ Realitza totes les tasques domèstiques de forma autònoma o amb ajuda ocasional (periodicitat setmanal) encara que no assoleixi un nivell de neteja acceptable
- ☐ Col.labora en algunes tasques domèstiques, però aquestes han de ser responsabilitat d'altra persona
- ☐ No participa en les tasques domèstiques

**6. COMPRA**

- ☐ Fa totes les compres necessàries amb independència
- ☐ Realitza petites compres
- ☐ És incapaç de fer cap compra

**7. PREPARACIÓ DELS ÀPATS**

- ☐ Organitza, prepara i serveix els menjars adequats amb independència
- ☐ Prepara els menjars adequats si se li donen els ingredients o bé escalfa i serveix menjar que se li hagi deixat preparat

☐ Requereix que se li prepari i se li serveixi el menjar

**8. ALIMENTACIÓ**

☐ És autònom en l'execució física de menjar i beure

☐ Requereix supervisió o ajuda parcial

☐ Requereix que l'alimentin

**9. REGULACIÓ DE LA MICCIÓ / DEFECACIÓ**

☐ Té preservat el control d'esfínters i també mostra maneig correcte de la roba i neteja posterior

☐ Té preservat el control d'esfínters o presenta incontinència ocasional, però requereix ajuda per la manipulació de la roba i per la neteja

☐ Incontinent doble o parcial (micció i defecació, o bé una d'elles)

**10. HIGIENE PERSONAL**

☐ Realitza amb independència la higiene completa

☐ Requereix supervisió/ajuda parcial per alguns aspectes de la higiene personal

☐ Li han de fer la higiene personal

**11. VESTIR-SE**

☐ Té autonomia pel vestit i el calçat

☐ Requereix supervisió o ajuda parcial

☐ Cal vestir-lo completament

**12. TRANSFERÈNCIES CORPORALS**

☐ És autònom per seure, allitar-se i per posar-se dempeus

☐ Requereix supervisió o ajuda parcial per alguna transferència

☐ Li han de fer

**13. DESPLAÇAR-SE**

☐ Independentment de les ajudes tècniques (bastó, caminador, cadira de rodes), pot desplaçar-se per espais sense barreres arquitectòniques, sense ajuda d'altra persona

☐ Per desplaçar-se per espais sense barreres arquitectòniques, requereix supervisió o ajuda parcial d'altra persona, o bé ho fa de manera autònoma però només en trajectes inferiors a 10 metres

☐ Sempre requereix l'ajuda d'altra persona per qualsevol desplaçament

**14. ESCALES**

☐ Independentment de les ajudes tècniques (bastó), és autònom per pujar i baixar un tram d'escales

☐ Necessita ajuda d'altra persona, o bé supervisió, per pujar o baixar un tram d'escales

☐ Incapaç de superar un tram d'escales

## CONVIVÈNCIA I PRESTACIÓ DE SUPORT

**15. TRASTORNS DE CONDUCTA que es presenten fa més de 2 mesos**

***(categories no excloents, a excepció de la darrera)***

☐ Segons vivència del cuidador, l'usuari presenta conducta agressiva habitualment, ja sigui envers ell mateix o envers altres persones

☐ Segons vivència del cuidador, l'usuari no descansa habitualment durant les nits (crida, s'aixeca...)

☐ Segons vivència del cuidador, l'usuari crida habitualment durant el dia

☐ Segons vivència del cuidador, l'usuari habitualment camina de forma erràtica durant el dia

☐ Segons vivència del cuidador, l'usuari presenta conductes de desinhibició sexual

☐ Segons vivència del cuidador, l'usuari no presenta cap de les anteriors alteracions de conducta, o bé ho fa de forma molt esporàdica, o bé fa poques setmanes que han aparegut

**16. PROBLEMES COGNITIUS que es presenten <u>fa més de 2 mesos</u>**

***(categories no excloents, a excepció de la darrera)***

☐ Segons vivència del cuidador, l'usuari es desorienta habitualment sobre el lloc on està o el moment en el que viu

☐ Segons vivència del cuidador, l'usuari té oblits importants (deixar-se l'aigua o el gas obert, no reconèixer familiars,...)

☐ Segons vivència del cuidador, amb l'usuari no es pot mantenir una conversa mínimament coherent

☐ Segons vivència del cuidador, l'usuari no té cap dels anteriors problemes cognitius, o bé els presenta de forma molt esporàdica, o bé fa poques setmanes que han aparegut

**17. CONVIVÈNCIA**

☐ Segons vivència del cuidador, l'usuari no presenta alteracions del comportament i/o problemes cognitius, o bé els presenta però no s'ha vist alterada significativament la convivència, ni tampoc dificulta la prestació de les atencions necessàries

☐ Segons vivència del cuidador, presenta alteracions de comportament i/o problemes cognitius que dificulten greument la convivència i/o la prestació de les atencions necessàries

**18. CUIDADORS EFECTIUS (*No s'han de tenir en compte els professionals de Centre de Dia en cas d'assistència a aquest recurs.)***

☐ Hi ha tres o més persones (familiars o cuidadors professionals) que al llarg d'una setmana atenen les necessitats bàsiques de l'usuari en el domicili

☐ Hi ha dos persones (familiars o cuidadors professionals) que al llarg d'una setmana atenen les necessitats bàsiques de l'usuari en el domicili

☐ Hi ha una única persona que al llarg d'una setmana atén les necessitats bàsiques de l'usuari en el domicili, i es tracta d'un cuidador professional

☐ Hi ha una única persona que al llarg d'una setmana atén les necessitats bàsiques de l'usuari en el domicili, i es tracta d'un familiar o amic

- ☐ Aquest cuidador és una persona menor de 65 anys i sense altres càrregues familiars (fills menors, altres persones en situació de dependència o malaltia)
- ☐ Aquest cuidador és una persona major de 64 anys o bé menor amb problemes de salut o amb altres càrregues familiars (fills menors, altres persones en situació de dependència o malaltia)

**19. DEDICACIÓ**

☐ El suport que l'usuari necessita en el domicili és de periodicitat setmanal o més espaiat

☐ El suport que l'usuari necessita en el domicili és d'ajudes concretes de curta durada, amb una periodicitat diària

☐ El suport que l'usuari necessita en el domicili és superior a 3 hores diàries o bé implica la disponibilitat a qualsevol hora del dia

Àrea d'Atenció a les persones

Gerència de Serveis Residencials
d'Estades Temporals i RESPIR

Pg. de la Vall d'Hebron, 171 · 08035 Barcelona
Tel. 934 022 586 / Fax. 934 022 934.
www.diba.cat / respir.info@diba.cat

( ***D***

***ocument adjunt 4) GG***

## INFORME SOCIAL RESPIR Gent Gran

*Emès pel T.Social referent*

**DADES DEL/DE LA TREBALLADOR/A SOCIAL**

**Nom i cognoms:**

**Centre:**

**Municipi i districte municipal:**

**Telèfon:**

**E-mail:**

**Fax:**

**Data de l'Informe:**

**DADES PERSONALS de l'usuari / usuària**

**Cognoms:**

**Nom:**

**DNI:**

**SITUACIÓ FAMILIAR**

*Segons grau d'exploració del cas: genograma, convivència, procés de deteriorament de la persona gran i respostes organitzatives de la família, capacitats del cuidadors, nivells de relació...*

**SITUACIÓ ECONÒMICA I D'HABITATGE**

*Segons grau d'exploració del cas: ingressos, règim de tinença vivenda habitual, condicions de l'habitatge*

**VALORACIÓ SÒCIOFAMILIAR I PLA DE TREBALL**

*Segons nivell d'intervenció en el cas: dictàmen professional, plà de treball actual i a mig termini*

**Nom i Cognoms:**

**Treballador/a Social col.:**

**Segell del centre:**

*En compliment de l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us proporcionem informació en relació a l'ús de les dades personals que us sol·licitem en aquest formulari:*

| | |
|---|---|
| *Responsable del fitxer:* | *Diputació de Barcelona* |
| *Adreça:* | *Rambla de Catalunya, 126. 08008 Barcelona* |
| *Identificació del fitxer:* | *Registre d'usuaris dels centres d'atenció social* |
| *Finalitat del fitxer:* | *Gestió del registre d'usuaris dels centres d'atenció social* |
| *Cessions previstes:* | |
| *Exercici de drets:* | *Registre General de la Diputació de Barcelona* |

*Us recordem que, per gestionar aquesta sol·licitud, ens heu de proporcionar tota la informació assenyalada com a obligatòria i que les vostres dades s'incorporaran al fitxer identificat. Teniu dret a accedir, rectificar i cancel·lar les vostres dades i a oposar-vos al seu tractament, en les condicions previstes en la legislació vigent, dirigint-vos on s'indica en l'apartat d'exercici de drets.*