



SCHEDA ADESIONE "PROGETTO VACANZE" ANNO 2013

COGNOME: _____

NOME: _____

NATO A : _____ IL _____

RECAPITO FAMIGLIA:

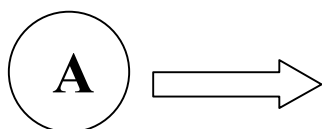
_____ TEL. _____ CELLULARE _____

RECAPITO DI UNA PERSONA DI RIFERIMENTO (qualora risultasse impossibile contattare la famiglia in caso di bisogno durante il soggiorno):

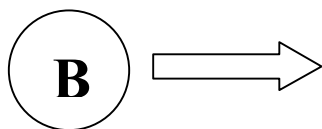
_____ TEL. _____ CELLULARE _____

Per l'utente sopra indicato viene richiesta iscrizione al soggiorno estivo:

(barrare la lettera corrispondente alla scelta già espressa nel modulo d'iscrizione precedentemente inviato)



LOCALITA': **PONTREMOLI (MS)**
Albergo CA' DEL MORO Resort
PERIODO: **30 GIUGNO/ 07 LUGLIO** Giorni: 8



LOCALITA': **LUCIGNANO (AR)**
Albergo I GIRASOLI
PERIODO: **30 GIUGNO/ 07 LUGLIO** Giorni: 8

RAPPORTO ASSISTENZA RICHIESTO: Uno a Uno

SE ACCOMPAGNATO DA OPERATORE PERSONALE:

Nome e cognome _____ TEL. _____

Per l'utente COMPILATO DA: _____

QUALIFICA: padre madre tutore altro: specificare _____

LETTERA LIBERATORIA
Vacanze 2013

Il/la sottoscritto/a _____

In qualità di genitore (tutore) di: _____

autorizzo

mio/a figlio/a a partecipare alle attività ricreative che verranno proposte dagli operatori durante il periodo delle vacanze

in particolare:

Piscina:

- autorizzo** l'uso della piscina, ritenendo mio/a figlio/a fisicamente idoneo/a
- non autorizzo** l'uso della piscina

Uscite e gite:

- autorizzo**
- autorizzo solo per brevi distanze** (km 50 max)
- non autorizzo**

mio/a figlio/a a partecipare a gite ed escursioni al di fuori della struttura, servendosi, se necessario, anche di mezzi di trasporto (mezzi propri degli educatori o dell'albergo)

firma

PER I GENITORI:

Struttura Pontremoli:

Il giorno dell'arrivo è previsto il "Pranzo di Benvenuto" presso la struttura, insieme ai ragazzi e agli educatori. Il pranzo è offerto dall'Associazione ai due genitori ed eventuali fratelli.

Chi desidera portare altre persone, il costo del pranzo è di € 25,00 a persona da saldare personalmente alla direzione dell'albergo.

Il giorno della partenza, per chi desiderasse fermarsi, il pranzo è a carico della singola famiglia. Il costo del pranzo è di € 25,00 a persona da saldare personalmente alla direzione dell'albergo.

Pensate di partecipare anche Voi?

Pranzo di Benvenuto

Sì No

Se Sì, ai fini della prenotazione, indicare il numero delle persone (figlio/a escluso/a): N. _____

Pranzo di Arrivederci (a pagamento)

Sì No

Se Sì, ai fini della prenotazione, indicare il numero delle persone (figlio/a escluso/a): N. _____

Struttura Lucignano:

Il giorno dell'arrivo è previsto il "Pranzo di Benvenuto" presso la struttura, insieme ai ragazzi e agli educatori. Il pranzo è offerto dall'Associazione ai due genitori ed eventuali fratelli.

Chi desidera portare altre persone, il costo del pranzo è di € 20,00 a persona da saldare personalmente alla direzione dell'albergo.

Il giorno della partenza, per chi desiderasse fermarsi, il pranzo è a carico della singola famiglia. Il costo del pranzo è di € 20,00 a persona da saldare personalmente alla direzione dell'albergo.

Pensate di partecipare anche Voi?

Pranzo di Benvenuto

Sì No

Se Sì, ai fini della prenotazione, indicare il numero delle persone (figlio/a escluso/a): N. _____

Pranzo di Arrivederci (a pagamento)

Sì No

Se Sì, ai fini della prenotazione, indicare il numero delle persone (figlio/a escluso/a): N. _____

DATI ESSENZIALI PER IL CORRETTO ESPLETAMENTO DELLA VACANZA

(contrassegnare, dove richiesto, con una crocetta la propria scelta
Scrivere in stampatello o comunque in modo leggibile)

COGNOME: _____

NOME: _____

SEZIONE A: CARATTERISTICHE CLINICHE E FISICHE

PESO kg : _____ STATURA cm: _____ SESSO: M F

GRUPPO SANGUIGNO: _____

DATA DELL'ULTIMA VACCINAZIONE ANTITETANICA: _____

FARMACI ASSUNTI REGOLARMENTE:

Farmaco	Dose	Orario somministrazione
1)		
2)		
3)		
4)		

come somministrarli (es. cucchiaino, bicchiere, ecc.) _____

FARMACI ASSUNTI IN CASO DI PARTICOLARI NECESSITA':

(crisi convulsiva improvvisa, dolori mestruali, eventuale stitichezza, allergie respiratorie, ecc.)

Farmaco	Dose	Tipo di malessere o situazione
1)		
2)		
3)		

PATOLOGIE ASSOCIATE ALLA SINDROME:

- cardiopatia
- reflusso gastroesofageo
- epilessia
- allergie
- frequenti infezioni vie respiratorie (otiti, sinusiti altro)
- frequenti infezioni urinarie
- scoliosi e/o cifosi
- altro

ALLERGIE:

Sì No

ALLERGIE RESPIRATORIE:

a cosa è allergico? (es. graminacee polvere, ecc) _____

sintomi (es. asma, raffreddore, ecc) _____

Se prende il sole ha problemi di arrossamento, eritemi o altro? _____

eventualmente quali accorgimenti usare? _____

ALLERGIE ALIMENTARI:

A quali cibi è allergico? _____

Quali sintomi manifesta in caso di assunzione? _____

EPILESSIA:

Descrivere il tipo di crisi (es. si irrigidisce, muove le gambe e le braccia, diventa “blu intorno alla bocca, cianosi, etc.) _____

Quanto dura? _____

La crisi si risolve da sola o ha bisogno di farmaci? _____

Se sì, quali farmaci e in che dosi _____

Ha bisogno di ossigeno durante la crisi? _____

Data dell'ultima crisi: _____

CONTROLLO MOTORIO – DEAMBULAZIONE:

- del tutto incapace di camminare
- cammina con il supporto di due persone
- cammina con il supporto di una persona
- cammina da solo, ma ha bisogno del supporto di deambulatore, sedie, mobili, altro
- cammina da solo, senza bisogno di aiuto

CONTROLLO MOTORIO – USO ARTI SUPERIORI:

- incapace di usare le braccia
- usa parzialmente solo un braccio/mano
- usa parzialmente entrambe le mani
- usa pienamente una mano ed in modo limitato l'altra
- usa perfettamente entrambe le mani

VISTA:

- deficit totale: ha bisogno di completa assistenza
- deficit forte: ha spesso bisogno di aiuto
- deficit medio: ha talvolta bisogno di aiuto
- le sue condizioni di vista non richiedono aiuto nelle normali attività

UDITO:

- deficit totale: ha bisogno di completa sostituzione del messaggio verbale con altre forme di comunicazione
- deficit medio: talvolta necessita di aiuto
- nessun apparente deficit

USO DI PROTESI, AUSILI ED APPARECCHI SPECIALI:

Il soggetto utilizza:

- occhiali
- protesi acustiche
- passeggino, carrozzina a rotelle
- tutori per gli arti inferiori
- bustino

Li tollera bene o li rifiuta? _____

SEZIONE B : AUTONOMIE PERSONALI

COMUNICAZIONE:

- comprensione linguaggio verbale buona discreta scarsa assente
- utilizzo linguaggio verbale buono discreto scarso assente
- comunicazione gestuale buona discreta scarsa assente
- utilizza strumenti di comunicazione aumentativa e alternativa? Si No

Se si:

- Da quanto tempo _____
- Quali _____
- In quali situazioni _____

altro _____

ALIMENTAZIONE:

COME MANGIA:

- da solo
- imboccato
- ha la PEG
- ha il sondino gastrico

UTILIZZA LE POSATE CORRETTAMENTE? Sì No

MANGIA CIBI:

- liquidi
- frullati
- solidi, ma morbidi, e tagliati in piccoli pezzi
- solidi e tagliati
- altro

SEGUE UNA DIETA SPECIALE? Sì No

Specificare il tipo di dieta (vegetariana, ipo/ipercalorica, ecc.)

BEVE DA SOLO? Sì No

Come beve? (bicchiere, cannuccia,...ecc.) _____

INTOLLERANZE alimentari	Cibi e bevande NON GRADITI e quindi DA EVITARE	Cibi e bevande GRADITI

COMUNICA SE HA SETE O FAME? Sì No

Indicare se utilizza il linguaggio verbale o gestuale e fare qualche esempio:

Spazio per ulteriori informazioni che l'operatore deve sapere per gestire nel modo migliore il momento del pasto:

IGIENE PERSONALE

SI LAVA DA SOLO (viso, denti, parti intime,..)? Sì No

Quali accortezze particolari deve tenere presente l'operatore nell'aiutare l'utente durante il lavaggio? _____

FA LA DOCCIA E/O IL BAGNO IN VASCA

- da solo
- con aiuto

E' UN MOMENTO PIACEVOLE ? Sì No

COMUNICA SE DEVE ANDARE IN BAGNO? Sì No

Indicare se utilizza il linguaggio verbale o gestuale e fare qualche esempio:

USA AUTONOMAMENTE IL BAGNO PER I SUOI BISOGNI? Sì No

E' AUTONOMA DURANTE LE MESTRUAZIONI (igiene intima)? Sì No

HA CONTROLLO SFINTERICO? Sì No

HA CONTROLLO SFINTERICO SOLO SE VIENE PORTATO REGOLARMENTE? Sì No

Specificare ogni quanto: _____

USA IL PANNOLONE?

- sempre
- solo di notte

Indicare se necessita uso aggiuntivo di strisce assorbenti : _____

INDICA CON GESTI, AZIONI, VOCALIZZI QUANDO E' BAGNATO O SPORCO? Sì No

ALVO

- si scarica regolarmente

Indicare la frequenza _____

Spazio per ulteriori informazioni che l'operatore deve sapere per gestire nel modo migliore il

momento della pulizia personale dell'utente:

ABITUDINI DEL RIPOSO NOTTURNO

Fornire informazioni: (si addormenta con le favole, dorme al buio, ha il sonno agitato, chiama,.....)

NECESSITA DI SPONDINE NEL LETTO? Sì No

E' IN GRADO DI ADATTARSI A DORMIRE CON PIU' DI UNA PERSONA? Sì No

SI SVEGLIA DURANTE LA NOTTE PER ANDARE IN BAGNO? Sì No

SI SVEGLIA DURANTE LA NOTTE PER BERE? Sì No

SI ADDORMENTA ANCHE DURANTE IL GIORNO? Sì No

Frequenza e durata del riposo: _____

VESTIRSI E SVESTIRSI

INDOSSA E SI TOGLIE DA SOLO DEGLI INDUMENTI? Sì No

Se necessario indicare su quale mancanza di autonomia deve intervenire l'operatore (allacciare le scarpe, riconoscere i propri indumenti, utilizzare le cerniere e i bottoni, ecc...):

E' COLLABORATIVO? Sì No

Indicare con che modalità pratiche e verbali si può aiutare l'utente:

SICUREZZA PERSONALE

NEL CAMMINARE SI ACCORGE DEGLI OSTACOLI (buche, gradini,....) ? Sì No

SI ORIENTA FACILMENTE IN AMBIENTI SCONOSCIUTI? Sì No

DURANTE UNA USCITA RISPETTA LE NORME DI SICUREZZA E DI BUON
COMPORAMENTO (dare la mano, rimanere al fianco dell'accompagnatore,..) ? Sì No

SI COMPORTA IN MODO SICURO RIMANENDO DA SOLO IN AMBIENTI (camera,
gabinetto, ...) ? Sì No

EVITA O MANTIENE UNA DISTANZA DI SICUREZZA DA OGGETTI O SITUAZIONI
PERICOLOSE (stufe, coltelli, fornelli, prese di corrente elettrica,....)? Sì No

USA UN MODO SICURO E NON PERICOLOSO OGGETTI ED ATTREZZATURE (coltello,
forbici,....) ? Sì No

Spazio per ulteriori informazioni che l'operatore deve sapere per garantire nel modo migliore la sicurezza e l'incolumità dell'utente:

SEZIONE C : *SFERA COMPORTAMENTALE*

MOSTRA COMPORTAMENTI AGGRESSIVI FISICI /VERBALI? Sì No
Specificare in quali situazioni:

Come vi comportate in tali situazioni abitualmente:

HA SCATTI DI RABBIA, IRA? Sì No
Specificare in quali situazioni:

Come vi comportate in tali situazioni abitualmente:

MOSTRA COMPORTAMENTI DI ISOLAMENTO? Sì No
Specificare in quali condizioni:

CHIEDE AIUTO QUANDO HA DELLE DIFFICOLTA' O ESIGENZE? Sì No
Indicare se utilizza il linguaggio verbale o gestuale e fare qualche esempio:

IDENTIFICA E COMUNICA STATI DI MALESSERE A PERSONE RESPONSABILI? Sì No
Indicare se utilizza il linguaggio verbale o gestuale e fare qualche esempio:

SI ADEGUA ALLE RICHIESTE DEL GRUPPO (scelte comuni su qualche attività)? Sì No

ACCETTA L'AIUTO DA PARTE DEGLI ALTRI? Sì No

Spazio per ulteriori informazioni che l'operatore deve sapere per gestire al meglio i comportamenti dell'utente:

COMPORTAMENTI EMOTIVI

MOSTRA PAURA INTENSA DI QUALCHE SITUAZIONE OD OGGETTO

(buio, animali vari...)? Sì No
Specificare quali e gli atteggiamenti manifestati:

HA PARTICOLARI ANSIE O PAURE? Sì No
Specificare quali: _____

E' DISTURBATO DA LUOGHI TROPPO AFFOLLATI O RUMOROSI? Sì No

PRESENTA ATTEGGIAMENTI DI AUTOLESIONISMO E STEREOTIPIE? Sì No
Indicare quali: _____

Come vi comportate di solito in tale caso:

Spazio per ulteriori informazioni che l'operatore deve sapere per gestire al meglio le situazioni emotive dell'utente:

COMPORAMENTI SESSUALI

MOSTRA COMPORAMENTI PROBLEMATICI IN QUALCHE MODO LEGATI ALLA SESSUALITA' (legati allo svestirsi, alla nudità e al rispetto della privacy,..)? Sì No
Specificare quali: _____

MOSTRA COMPORAMENTI DI AUTOSTIMOLAZIONE? Sì No

MOSTRA COMPORAMENTI SESSUALI /RELAZIONALI INAPPROPRIATI (esempio: comportamenti seduttivi, ...) ? Sì No

Spazio per ulteriori informazioni che l'operatore deve sapere per gestire al meglio i comportamenti dell'utente:

SEZIONE D : ATTIVITA' RICREATIVE

QUAL E' IL SUO HOBBY PREFERITO?

COSA GLI PIACE FARE IN GENERALE?

(Indicare le priorità con numerazione successiva)

- guardare la TV
- fare passeggiate (per quanto tempo riesce a camminare e se può farlo anche su terreni accidentati tipo ghiaia, prato, sterrato salita-discesa) _____

- ascoltare racconti
- ascoltare musica
- colorare
- disegnare
- cantare
- nuotare
- giocare col lego, macchinine, bambole, ecc.
- altro _____

PISCINA

Ha già frequentato la piscina? Sì No

Gli piace andare in acqua? Sì No

Sa nuotare? Sì No

da solo

con uno adulto

Con l'utilizzo di attrezzi per il galleggiamento? (specificare se salvagente, braccioli, tavoletta o altro) _____

Come ci si deve comportare nell'approccio con l'acqua?

Quanto tempo può stare in acqua? _____

E' rilassato quando è in acqua? Sì No

PARTECIPA ATTIVAMENTE ALLE ATTIVITA' RICREATIVE?

Sì No

COSA LO RILASSA?

Spazio riservato alla segnalazione di altre attitudini e/o abitudini comportamentali ricreative

SEZIONE E : INFORMAZIONI

INFORMAZIONI/ INDICAZIONI CHE RITENETE UTILI AGGIUNGERE
(perché non avete trovato uno spazio dedicato in questo questionario)

HA PARTECIPATO AD ALTRI SOGGIORNI ?

Sì No

gestiti dalla nostra Associazione

gestiti da altri

COME AVETE GIUDICATO L'ESPERIENZA?

OSSERVAZIONI / SUGGERIMENTI / LAMENDELE CHE VI SENTITE DI FARE RIGUARDO
LE NOSTRE VACANZE PASSATE

AVVISO:

Ai sensi del D.Lgs.n.196 del 30/06/2003 entrato in vigore il 01/01/2004, Vi comunichiamo che le informazioni qui riportate hanno carattere del tutto confidenziale e NON verranno divulgate a terzi ECCEZIONE FATTA per i Responsabili del trattamento dati del “Progetto Vacanze”, i Coordinatori interni, i Medici e gli Educatori. Le schede saranno conservate durante lo svolgimento delle vacanze dai Responsabili interni delle vacanze dall’inizio delle stesse e fino al rientro.

I questionari compilati NON SARANNO RESTITUITI e saranno distrutti a fine vacanze.

La persona incaricata del corretto espletamento della procedura è il Responsabile del “Progetto Vacanze”

STAFF OPERATIVO

Responsabile “Progetto Vacanze”: **Giovanna Gagliani Miotti** (genitore A.I.Si.W.H.)

Aiuto Responsabile : **Ugo Prin** (genitore A.I.Si.W.H.)

Responsabili interni: Coordinatore – Medico

- **Struttura di Pontremoli:**
 - ✓ Coordinatore: un educatore presente
 - ✓ Medico: proveniente dal Policlinico Gemelli di Roma
- **Struttura di Lucignano:**
 - ✓ Coordinatore: **Graziella Troncon** (Ed.prof. in ruolo presso CSE –A.S.L. MI 2)
 - ✓ Medico: proveniente dal Policlinico Gemelli di Roma

Educatori professionali:

- **Struttura di Pontremoli:**
 - ✓ n.6 Educatori professionali selezionati da AISiWH
 - ✓ n.0 Educatori professionali personali
- **Struttura di Lucignano:**
 - ✓ n.4 Educatori professionali selezionati da AISiWH
 - ✓ n.6 Educatori professionali personali