



INTERVISTA PER CAREGIVER

DATI DEL RICHIEDENTE

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____ CF: _____

Comune e Indirizzo: _____

Tel: _____ Email (facoltativa): _____

Relazione con l'assistito: ☐ Figlio/a ☐ Coniuge ☐ Parente ☐ Tutore ☐ Altro: _____

DATI DELLA PERSONA ASSISTITA

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____ CF: _____

Comune di residenza: _____

Valutazioni sanitarie disponibili (es. MMSE, ADI, UVA)?

☐ Sì ☐ No ☐ Non disponibili

1. ASPETTI COGNITIVI

- Dimentica fatti recenti? ☐ No ☐ A volte ☐ Spesso
- Riconosce familiari/luoghi? ☐ Sempre ☐ A volte ☐ Quasi mai
- Sa dove si trova/che giorno è? ☐ Sì ☐ A volte ☐ No
- Ha difficoltà nel parlare/capire? ☐ No ☐ Qualche difficoltà ☐ Molte difficoltà
- Diagnosi di demenza o simili? ☐ No ☐ Sì: _____

2. FUNZIONI ESECUTIVE

- Sa svolgere attività semplici? ☐ Sì ☐ Serve aiuto ☐ Completamente guidato
 - Usa oggetti (telefono, pentole)? ☐ Sì ☐ Con aiuto ☐ No
 - Usa o riconosce denaro? ☐ Sì ☐ Con difficoltà ☐ No
 - Reagisce ai problemi quotidiani? ☐ Sì ☐ Se guidato ☐ Si agita o rinuncia
-



Fondazione Conte Carlo Busi Onlus

Residenza Sanitaria Assistenziale
Centro Diurno Integrato "Fiorella"
Comunità Socio-Sanitaria "I Girasoli"

3. COMPORTAMENTO

- Reazioni aggressive? ☐ No ☐ Qualche volta ☐ Frequenti
 - Si agita nel tardo pomeriggio? ☐ No ☐ Sì
 - Si allontana da casa (wandering)? ☐ No ☐ A volte ☐ Spesso
 - Si oppone a cure/assistenza? ☐ No ☐ A volte ☐ Spesso
 - Comportamenti disinibiti? ☐ No ☐ Qualche episodio ☐ Frequenti
 - Allucinazioni o deliri? ☐ No ☐ Qualche volta ☐ Frequenti
 - Problemi di sonno? ☐ No ☐ A volte ☐ Spesso
-

4. CONDIZIONI ABITATIVE

- Dove vive? ☐ Solo ☐ Con familiari ☐ In struttura: _____
 - Casa adatta? ☐ Sì ☐ No: _____
 - Resta solo? ☐ Mai ☐ Di giorno ☐ Di notte ☐ Entrambi
-

5. SOSTEGNI ATTIVI

1. Caregiver principale: ☐ No ☐ Sì → Chi: _____
 - Presenza: ☐ ≥8h ☐ 3-7h ☐ <3h Giorni/sett.: ____
 2. Badante: ☐ No ☐ Sì → Tipo: ☐ Giorno ☐ H24 ☐ Notte
 - Ore/giorno: ____ Giorni/sett.: ____
 3. ADI o altri operatori: ☐ No ☐ Sì → Tipo: _____ Ore: ____ Freq.: ____
 4. Parenti/amici: ☐ No ☐ Sì → Chi: _____ Ore stimate: _____
 5. Centri diurni/servizi: ☐ No ☐ Sì → Quali: _____ Ore: ____ Giorni: ____
 6. Supporto psicologico: ☐ No ☐ Sì → Tipo/frequenza: _____
 7. Supporto attuale sufficiente? ☐ Sì ☐ Al limite ☐ No
-

NOTE LIBERE DEL CAREGIVER

(Episodi, preoccupazioni, richieste)



Fondazione Conte Carlo Busi Onlus

Residenza Sanitaria Assistenziale
Centro Diurno Integrato "Fiorella"
Comunità Socio-Sanitaria "I Girasoli"

SEZIONE PSICHIATRICA

1. Eventi passati (mettere X se presenti):

☐ Depressione/isolamento ☐ Agitazione intensa ☐ Comportamenti strani

☐ Deliri/allucinazioni ☐ Altro: _____

→ Quando: anno/età approssimativa: _____

2. Seguito da psichiatra o CSM?

☐ No ☐ Sì → Servizio: _____ Periodo: _____

☐ Visite ☐ Colloqui ☐ Ricovero

3. Oggi presenta:

☐ Agitazione estrema ☐ Deliri/allucinazioni ☐ Paure eccessive

☐ Depressione ☐ Idee suicidarie

4. Eventi gravi:

☐ Uscita pericolosa ☐ Rifiuto cibo ☐ Autolesionismo ☐ Aggressività

→ Evento recente: _____

5. Sono stati chiesti aiuti?

☐ No ☐ Sì → A chi: _____ Quando: _____

→ Intervento: ☐ Sì ☐ No ☐ In attesa

6. Seguito da psicologo o CSM?

☐ No ☐ Sì → Specificare: _____

OSSERVAZIONI LIBERE

Luogo, data

_____, ____/____/____

Firma
