**AREA IDENTITAT PERSONAL**

NOM:

DADES PERSONALS:

* Edat:\_\_\_\_\_
* Any de naixement:\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Lloc de naixement: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sobrenom (apodo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Escolarització: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sap llegir:\_\_\_\_\_\_\_\_ i escriure:\_\_\_\_\_\_
* Idioma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Professió:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Llocs on ha viscut:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Composició familiar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Amistats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Religiositat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BREU RESUM HISTORIA VITAL (Redactat)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vincles actuals:

* Familiars:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Amics:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Altres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FETS VITALS

De que se sent orgullos a la seva vida?

Que no ha fet i li agradaría fer?

Que li agradaría tornar a fer?

**AREA ASPECTES FÍSICS**

Dominancia manual: dretà esquerrà

*Déficits sensorials i protesi: (marcar les respostes coresponents)*

- Problemes de visió Sí No - Problemes d’audició Sí No

* Ús d’ulleres
* Ús d’audifons
* Ús de dentadura

*Ús d’ajudes tècniques:*

* Caminador
* Bastó
* Cadira de rodes
* Altres

**Dades d’autonomia pesonal**

*Continència*:

* Continen vesical
* Continent anal
* Us de bolquers
* Us de compresa

*Activitats de la vida diaria: (marcar amb una creu)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Alimentació | Autònom | Necessita  vigilancia | Necessita  ajuda | Se li ha  de fer |
| Higiene personal  (arreglar-se, rentar-se les dents, rentar-se la cara) |  |  |  |  |
| Dutxa |  |  |  |  |
| Deambulació |  |  |  |  |
| Vestir-se |  |  |  |  |
| Transferències  (cadira/llit, cadira de rodes/cadira, etc...) |  |  |  |  |
| Control eliminació |  |  |  |  |

**AREA DE PREFERENCIES PERSONALS**

HÀBITS I RUTINES

**- Hàbits de son:**

* Porta de l’habitació tancada/oberta
* Llum/foscor
* Finestra oberta/tancada
* Radio Si/No
* Horari de llevarse: \_\_\_\_\_\_\_
* Horari d’enllitar-se: \_\_\_\_\_\_
* Migdiada i a on: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Hàbits d’higiene i cura personal:**
* Horari de dutxa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Frequencia de dutxa: \_\_\_\_\_
* Rutina d’anar al wc:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Perruqueria:
  + Freqüència:
  + Tall
  + Tint
* Podologia
* Arreglo personal:
  + Joies
  + Mocadors
  + Maquillatge
  + Complements
  + Altres:\_\_\_\_\_\_\_

**-Hàbits de menjar:**

* Tipus de dieta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Horari dels àpats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Preferencies d’aliments per àpat:
  + Esmorzar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Dinar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Berenar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Sopar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Resopó:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**-Hàbits socials:**

* Prefereix estar acompanyada / sola
* Activitats socials:
  + Jocs taula
  + Xerrar
  + Sortir a passejar
* Sortides al carrer
  + Barri en grup
  + Barri individual: encarregs passeig cafè
  + Sortides organitzades
* Necessita un voluntari Sí/No
* Altres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***AREA D’ AFICIONS***

MÚSICA:

* La música és/ ha estat important en la seva vida?
* Tocava algún instrument musical? Quin?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Li agrada/agradava cantar?
* Li agrada/agradava ballar?
* Estils músicals que més li agraden:
* Clàssica
* Pasdoble
* Tango
* Havaneres
* Copla
* Rumba
* Vals
* Sarsuela
* Jota
* Sardana
* Òpera
* sevillanes
* Flamenc
* Rock
* Bolero
* Jazz
* Tradicional
* Altres \_\_\_\_\_\_
* Músics, cantants o grups que més disfruti sentint: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cançons/ seleccions / temes musicals que el facin sentir bé: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Discs/cassettes de la seva col·lecció particular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CINEMA:

* Genere:
* Acció
* Aventures
* Bèl·lic
* Biogràfic
* Ciència-ficció
* Comèdia
* Drama
* Fantàstic
* Ficció
* Històric
* Melodrama
* Musical
* Policíac
* Terror
* Suspens
* Western
* Actors: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Época: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ACTIVITATS D’OCI:

* Costura
* Lectura (poesía, novela, diari, revistes)
* Escriptura
* Teatre
* Dibuixar
* Pintar
* Jardineria
* Treballs manuals
* Viatjar
* Anar de compres
* Jocs de taula (parxis, dòmino, escacs, dames, cartes, etc…)
* Televisió (series, pelicules, programes, etc…)
* Radio
* Altres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TASQUES DE LA LLAR

* Cosir
* Planxar
* Cuinar
* Escombrar
* Fregar
* Labors
* Altres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***AREA DE SALUT***

Diagnòstic principal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altres diagnòstics:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hipertensió Sí / No

Diabetes Sí / No Tipus:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergies

Alimentaries:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicaments:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pren medicació Sí / No

Pren medicació de rescat Sí / No