



Persona con Bisogni Speciali - modello di alert

Una volta completato il documento per favore inviare una copia ad ogni indirizzo sotto indicato in modo da assicurare la ricezione a tutti i soggetti coinvolti

VIGILI DEL FUOCO ATT:

PRONTO SOCCORSO ATT:

POLIZIA ATT:

COMUNE DI ATT:

Questo formulario sarà utilizzato per rispondere ad una situazione di emergenza che può avere un membro del nucleo familiare con disabilità.

Per esempio: persone con autismo, disordine psichiatrico, disabilità fisiche, invalidità sensoriali (vista o udito), o altre problematiche mediche che richiedono uno specifico equipaggiamento da registrare

I primi soccorritori avranno a disposizione le informazioni necessarie per assistere al meglio queste persone durante l'emergenza. I controllori dell'emergenza e il personale di emergenza sarà avvertito, in anticipo, delle informazioni che tu pensi debbano essere a conoscenza riguardo le persone con disabilità appartenenti al tuo nucleo familiare in caso di emergenza..

Rispondere a questo questionario è completamente volontario

Puoi rispondere in vece di tutti i tuoi familiari o solo per alcuni di essi.

Se decidi di rispondere a questo questionario, per favore firma l'ultima pagina. (La tua firma ci autorizza all'utilizzo delle informazioni - senza la tua firma le informazioni non potranno essere utilizzate)

Le risposte alle seguenti domande aiuteranno il personale in caso di chiamata per una emergenza oppure ad una chiamata da casa, identificandoti a/o assistendoti, o identificando o assistendo un tuo familiare con disabilità.

1. Capofamiglia/Genitore/Tutore : (18 anni o più)

NOME _____

ETA' ____ M F

NOME _____

ETA' ____ M F

INDIRIZZO _____

(INT.) _____ CITTA' _____, pr _____ (CAP) _____

2. Numeri telefonici:

CASA _____ LAVORO _____

CELLULARE _____ EMAIL _____

3. Uno dei membri del tuo nucleo familiare ha disabilità/ condizioni mediche? (riempi gli spazi bianchi)

Nome _____ Età ____ Datadinascita ____ / ____ / ____
gg mm aa

Razza _____ Sesso Maschio Femmina Altezza _____ Peso _____

Occhi _____ Capelli _____ Segni particolari _____

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cecità | <input type="checkbox"/> Comunicazione | <input type="checkbox"/> Disabilità fisica |
| <input type="checkbox"/> Visione ridotta | <input type="checkbox"/> Ritardo mentale | <input type="checkbox"/> Attacchi |
| <input type="checkbox"/> Sordità | <input type="checkbox"/> Malattia mentale | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Difficoltà di udito | <input type="checkbox"/> Autismo | |

Nome _____ Età ____ Datadinascita ____ / ____ / ____
gg mm aa

Razza _____ Sesso Maschio Femmina Altezza _____ Peso _____

Occhi _____ Capelli _____ Segni particolari _____

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cecità | <input type="checkbox"/> Comunicazione | <input type="checkbox"/> Disabilità fisica |
| <input type="checkbox"/> Visione ridotta | <input type="checkbox"/> Ritardo mentale | <input type="checkbox"/> Attacchi |
| <input type="checkbox"/> Sordità | <input type="checkbox"/> Malattia mentale | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Difficoltà di udito | <input type="checkbox"/> Autismo | |

Nome _____ Età _____ Data di nascita _____ / _____ / _____
gg mm aa

Razza _____ Sesso Maschio Femmina Altezza _____ Peso _____

Occhi _____ Capelli _____ Segni particolari _____

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cecità | <input type="checkbox"/> Comunicazione | <input type="checkbox"/> Disabilità fisica |
| <input type="checkbox"/> Visione ridotta | <input type="checkbox"/> Ritardo mentale | <input type="checkbox"/> Attacchi |
| <input type="checkbox"/> Sordità | <input type="checkbox"/> Malattia mentale | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Difficoltà di udito | <input type="checkbox"/> Autismo | |

4. E' solito divagare? Sì No

5. Dove è situata la camera: 1° piano 2° piano 3° piano Altro _____

Nord-est Sud-est Nord-ovest Sud-ovest Altro _____

6. Riempi le seguenti se applicabili:

Sono presenti in casa equipaggiamenti medici infiammabili o combustibile? Dove?

Sono richieste prescrizioni mediche o equipaggiamento medico di emergenza una volta che la persona è lontana da casa?

Luogo favorito in case dove può essere trovato oltre alla camera:

Comportamenti e caratteristiche atipiche che possono presentarsi:

Giochi, oggetti o argomenti di discussione preferiti (piace, non piace):

Tecniche di approccio, calmante o di riduzione di escalation che sembrano funzionare maggiormente:

Metodo di comunicazione, se non verbale, iPad, linguaggio dei segni, disegno, scrittura:

Informazioni identificative: portano o indossano gioielli identificativi, tags, documenti di identità ecc:

Problematiche sensoriali se presenti:

7. Per favore utilizza lo spazio sottostante per fornire informazioni aggiuntive che pensi debbano essere a conoscenza dei soccorritori in modo che possano rispondere più efficacemente ad una situazione di emergenza nella tua famiglia.

IMPORTANTE: Firmando questo questionario, io confermo che le informazioni fornite sopra sono state fornite volontariamente con il solo scopo di assistere i soccorritori in caso di emergenza attraverso il sistema di emergenza di risposta del personale 911, in modo che possano rispondere efficacemente all'interno o vicino al mio nucleo familiare. Sono a conoscenza che fornire queste informazioni non dà diritto a me o ad altri della mia famiglia ad un trattamento preferenziale, nè si tradurrà in una risposta più tempestiva da parte di personale di emergenza. Si tratta semplicemente di un tentativo di fornire al personale di emergenza tutte le informazioni, che possono essere utili nel fornire un servizio ai residenti o occupanti di casa mia.

Firma

Capofamiglia _____ Data _____
_____ Data _____