

# Questo sono io

Foto

Nome e cognome

Vorrei essere chiamato così

## Da restituire all'interessato

Questa è una lettura essenziale per tutte le persone che lavorano con me e fornisce informazioni importanti su di me.



**Cosa devi sapere  
per garantirmi  
la sicurezza**



**Cose che sono  
importanti  
per me**



**Cosa mi piace  
e cosa  
non mi piace**

## Informazioni su di me



Questo passaporto deve essere aggiornato quando cambiano i miei bisogni.

### Dove vivo solitamente:

In casa con la famiglia o residenza.

### Ore di supporto al giorno di cui ho bisogno:

### Altri professionisti coinvolti nelle mie cure:

Nome e cognome, ruolo e numero telefonico.

Questo pass è stato compilato da:

Data:

## Cose che devi assolutamente sapere di me



**Chi contattare per avere più informazioni su di me:**

Nome e cognome, ruolo, numero di telefono.

**Persone che possono aiutarmi per i miei ricoveri e per le mie dimissioni:**

**Persone importanti**

Famiglia, amici e staff di supporto.

**Comunicazione**

Come uso la parola e come comprendo i discorsi.



|               |          |    |    |
|---------------|----------|----|----|
| Comunico con: | segni    | SI | NO |
|               | figure   | SI | NO |
|               | immagini | SI | NO |

Altri linguaggi? In che modo dimostro come mi sento, come comunico:

**Dolore** - In che modo dimostro di avere dolore e come potete supportarmi.

Con quali farmaci:



## Come reagisco ai posti sconosciuti?



## Mantenere la mia sicurezza

Vago senza meta, in modo confuso? Potrei cadere dal letto?  
Cado spesso dal letto?



## Cose che possono preoccuparmi e/o turbarmi

In che modo dimostro di essere preoccupato o turbato?



## Comportamenti che possono causarmi dei rischi

Cosa potete fare per supportarmi nei miei comportamenti, cosa mi aiuta a rilassarmi.



## La mia vista

Problemi che posso avere nell'uso degli occhiali o di lenti?  
Posso pulire i miei occhiali da solo?



Porto lenti a contatto    **SI**    **NO**

## Il mio udito

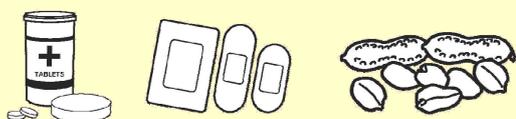
|  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| Ho dei problemi riguardo all'udito           | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| Posso mettere l'apparecchio acustico da solo | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| So come attivarlo                            | <b>SI</b> | <b>NO</b> |



# Cose che per me sono importanti



## Reazioni avverse a farmaci, allergie, intolleranze



## Livello di supporto di cui ho bisogno

Di chi ho bisogno che rimanga con me e per quanto tempo.

## Uso della toilette

Livello di incontinenza e di autonomia per usufruire della toilette.



## Cura personale

Supporto di cui ho bisogno per vestirmi, lavarmi, e lavare i denti.



**Come posso muovermi** - Posso stare in piedi? Posso stare seduto e come? Ho bisogno di aiuto per muovermi e camminare? Mi muovo con l'ausilio di una sedia a rotelle? Qual è la mia postura nel letto?



## Cibo e bevande

Allergie ad alimenti, intolleranze / aiuto nelle scelte.



Ho bisogno di aiuto per compilare il menu?  
Come faccio a scegliere cibo e bevande?  
Vedi anche la sezione "**Cosa mi piace e cosa non mi piace**".

## Mangiare e bere

Di quale aiuto ho bisogno per mangiare e bere.



|                                   |           |           |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
| Il mio cibo deve essere tagliato? | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| Uso la dentiera per mangiare?     | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| Posso assumere solo liquidi?      | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| Uso presidi speciali?             | <b>SI</b> | <b>NO</b> |

Se ci sono rischi di soffocamento prego guardare i dettagli relativi al modo di sedermi o alle posture che posso assumere.



## In che modo assumo i farmaci - compresse con il cucchiaino o tramite siringa.

Ho bisogno di aiuto per essere sicuro di aver ingoiato il farmaco? **SI** **NO**



## Sonno

Il mio modo di dormire, ora di sveglia.



## Come potete supportarmi durante alcune pratiche

Misurare la febbre, misurare la pressione, prelievi ematochimici, iniezioni.



## Come sto abitualmente

Dormo molto, sono tranquillo, sono inquieto?



## Come potete supportarmi se sono ansioso o turbato

Potete anche guardare la sezione "Cosa mi piace e cosa non mi piace".



**Altre informazioni importanti** - Per favore verificate se ho pianificato il mio fine vita con disposizioni anticipate di trattamento.



Per cortesia chiedete dove è questo documento, chi ne è in possesso, e contattate la persona di riferimento.

# Cosa mi piace e cosa non mi piace



## Cosa mi piace

Musica, tv, cibo, attività e modo di rilassarmi.

## Cose che non mi piacciono

Cose che mi preoccupano, cibo, attività, modi in cui non mi piace essere trattato.

## La mia storia

Cosa è importante che voi sappiate circa la mia vita (passato e presente).  
Per favore usate questo spazio per ulteriori informazioni.