

**GRILĂ DE EVALUARE MEDICO-SOCIALĂ**  
**a persoanelor care se internează în unități de asistență medico-sociale**

Serviciul public de asistență socială din localitatea .....  
sat  comună  oraș • municipiu • sector •  
Județul .....  
Nr. fișei .....  
Data evaluării .....  
Anchetă socială efectuată de .....  
(numele, prenumele, funcția)

**I. Date de identificare a persoanei evaluate**

1. Numele (cu inițiala tatălui) .....  
2. Prenumele .....  
3. Data și locul nașterii .....  
4. Vârsta .....  
5. Domiciliul stabil: localitatea ....., județul (sectorul) .....,  
cod poștal . . . . , str. . . . . nr. . . . . , bl. . . . , sc. . . . , ap. . . , nr. telefon fix . . . . . ,  
nr. telefon mobil . . . . . , e-mail . . . . .  
6. Profesia .....  
7. Ocupația .....  
8. Studii: fără • primare • gimnaziale • liceale • universitare •  
9. Carte (buletin) de identitate seria . . . . . nr. . . . .  
10. Cod numeric personal . . . . .  
11. Sex F • M •  
12. Religie .....  
13. Cupon de pensie (dosar de pensie) nr. . . . .  
(se precizează tipul de pensie: de vârstă, de invaliditate, de nevăzător, de veteran și altele  
asemenea)  
14. Certificat de încadrare într-un grad de handicap: nr. . . . . gradul . . . . .  
15. Carnet de asigurări de sănătate seria . . . . . nr. . . . .  
16. Starea civilă: necăsătorit(ă)  căsătorit(ă)  data . . . . .  
văduv(ă) • data . . . . . divorțat(ă) • data . . . . .  
despărțit(ă) în fapt • concubinaj •  
17. Copii: DA • NU •  
Dacă DA, se vor înscrie numele, prenumele, adresa, telefonul copiilor:

.....  
.....  
.....

**II. Reprezentantul legal**

1. Numele ..... prenumele .....  
2. Calitatea: soț/soție  fiu/fiică  rudă  alte persoane   
3. Locul și data nașterii .....  
4. Adresa de domiciliu .....  
5. Nr. telefon la domiciliu . . . . . , la serviciu . . . . . ,  
nr. telefon mobil . . . . . , nr. fax . . . . . , e-mail . . . . .

**III. Persoana de contact în caz de urgență**

1. Numele ..... prenumele .....  
2. Adresa de domiciliu .....  
3. Nr. telefon la domiciliu . . . . . , la serviciu . . . . . ,  
nr. telefon mobil . . . . . , e-mail . . . . . , nr. fax . . . . .

#### IV. Evaluarea medicală

A. Starea prezentă (date anamnestice, examinare clinică pe aparate și sisteme)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

B. Rezultate ale investigațiilor paraclinice

.....  
.....  
.....

C. Diagnostic

.....  
.....

D. Evaluarea funcțională a capacității de autoîngrijire

1. Autonomie păstrată: DA • NU •

2. Necesită: supraveghere  asistare  îngrijire  tratament

E. Recomandări

.....  
.....

F. Concluzii:

necesită internare într-o unitate sanitară cu paturi • necesită tratament la domiciliu  necesită internare într-o unitate de asistență medico-socială •

#### V. Evaluarea situației socioeconomice

A. Locuința:

1. Casă • apartament la bloc • alte situații •

2. Situată: la parter • la etaj • ascensor DA • NU •

3. Componenta: nr. camere ..... bucătărie • baie • duș • W.C. • situat în interior • situat în exterior •

4. Încălzire: fără  centrală  cu lemne/cărbuni  gaze naturale  combustibil lichid  altele •

5. Apă curentă: DA  NU  rece  caldă  alte situații •

6. Iluminare: suficientă  insuficientă

7. Umiditate: nivel normal • nivel crescut •

8. Stare de igienă: corespunzătoare  necorespunzătoare

9. Locuința este prevăzută cu: aragaz, mașină de gătit • frigider • mașină de spălat • aparat radio/televizor • aspirator •

10. Concluzii privind riscul ambiental (condiții de locuit și facilități)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

B. Rețeaua de familie:

1. Persoana evaluată trăiește: singur/singură • de la data .....

cu soț/soție • de la data .....

cu copiii • de la data .....

cu alte rude • de la data .....

cu alte persoane • de la data .....

2. Persoana/persoanele cu care locuiește (numele, prenumele, calitatea, vârsta), dacă este compatibil – se înțelege bine – cu acestea:

..... Este compatibil DA • NU • .....  
Este compatibil DA • NU • ..... Este compatibil DA • NU • .....  
..... Este compatibil DA • NU • .....  
Este compatibil DA • NU • ..... Este compatibil DA • NU • .....

3. Una dintre persoanele cu care locuiește:

este bolnavă  prezintă un handicap  este dependentă de alcool/droguri

4. Este ajutat/ajutată de familie: DA  NU  cu bani  cu alimente  activități de menaj • 5.

Relațiile cu familia sunt: bune  cu probleme  fără relații  6. Există risc de neglijare: DA • NU  abuz: DA  NU  Dacă DA, se vor face precizări:

.....  
.....  
.....  
.....

C. Rețea de prieteni și vecini

1. Are relații cu prietenii și vecinii: DA • NU • vizite • relații de întraajutorare • relațiile sunt: permanente  ocazionale  2. Frecventează: un grup social  biserica  altele

Precizări:

.....  
.....  
.....  
.....

3. Este ajutat/ajutată de prieteni, vecini pentru: cumpărături  activități de menaj • deplasare în exterior  4. Participă la: activități ale comunității  activități recreative • 5. Comunitatea îi oferă un anumit suport: DA  NU  Dacă DA, se va preciza modalitatea:

.....  
.....  
.....

D. Situația economică – venituri

1. Venit lunar propriu reprezentat de:

Pensie de asigurări sociale • în valoare de .....

Pensie pentru agricultori • în valoare de .....

Pensie pentru persoană cu handicap • în valoare de .....

.

Pensie I.O.V.R. • în valoare de .....

2. Alte venituri: a) alocații, indemnizații, ajutoare acordate conform legii:

.....  
.....  
.....  
..... în valoare de .....

b) venituri din alte surse .....

..... în valoare de .....

3. Venitul global declarat pentru impozitare .....

4. Bunuri mobile și imobile aflate în posesie .....

## VI. Evaluarea autonomiei persoanei

Realizează activitățile curente ale vieții de zi cu zi: singur • cu ajutor • Se va preciza pentru care activități necesită ajutor (toaleta propriei persoane, alimentare și hidratare, mobilizare și deplasare în interiorul locuinței, deplasare în exteriorul locuinței, utilizarea mijloacelor de

comunicare la distanță – telefon, alarmă și altele asemenea, efectuarea menajului, efectuarea cumpărăturilor, gestionarea și administrarea bunurilor proprii, utilizarea mijloacelor de transport, activități recreative, respectarea indicațiilor privind tratamentul medical):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**VII. Date privind asigurarea serviciilor medicale și sociale**

1. Este înscris la un medic de familie: DA  NU  Dacă DA, se vor preciza: numele și prenumele medicului, adresa și numărul de telefon ale cabinetului medical individual: .....  
..... 2. Tratamentul și îngrijirea medicală necesară se pot realiza la domiciliul persoanei: DA  NU  Dacă NU, se vor preciza cauzele: .....  
..... 3. Serviciile de îngrijire sociomedicale pentru realizarea activităților curente ale vieții zilnice sunt disponibile pentru a menține persoana la domiciliul propriu: DA  NU  Dacă DA, care sunt acestea și de cine sunt acordate: .....

.....  
**VIII. Concluzii și recomandări**

Se vor avea în vedere afecțiunile cronice pe care le prezintă persoana evaluată, precum și situațiile de dificultate datorate unor cauze de natură economică și socială care pot conduce la apariția riscului marginalizării sau excluderii sociale. Persoana evaluată: De acord cu datele și concluziile evaluării: DA  NU  A fost informat/informată asupra condițiilor necesare pentru internarea într-o unitate medicosocială: DA • NU • Dorește să se interneze într-o unitate medico-socială: DA • NU •

Data ..... Semnătura persoanei evaluate .....  
Reprezentantul legal, după caz: De acord cu datele și concluziile evaluării: DA • NU • A fost informat asupra condițiilor necesare pentru internarea într-o unitate de asistență medico-socială: DA  NU  Acceptă recomandarea privind internarea persoanei evaluate într-o unitate de asistență medico-socială: DA • NU •  
Data ..... Semnătura reprezentantului legal al persoanei evaluate .....

.....  
Evaluarea medicală în vederea internării domnului/doamnei ..... într-o unitate de asistență medico-socială a fost efectuată de: Numele și prenumele .....  
..... Specialitatea ....., funcția .....  
..... Instituția (unitatea) la care este angajat .....  
..... Adresa instituției (unității) .....  
Nr. telefon ....., nr. fax ....., e-mail .....

Semnătura .....  
Ancheta socială reprezentând componenta socială de evaluare în vederea internării domnului/doamnei ..... într-o unitate de asistență medico-socială a fost efectuată de: Numele și prenumele .....  
Profesia ....., funcția ..... Instituția (unitatea) la care lucrează ..... Adresa instituției (unității) ..... Nr. telefon ....., nr. fax ....., e-mail ..... Semnătura ..... Alte persoane care au participat la evaluare, după caz:

.....  
.....  
.....