



SOL·LICITUD DE PRIORITZACIÓ D'INGRÉS A CENTRE RESIDENCIAL

DADES PERSONALS

Nom:	Cognoms:
NIF:	TIS:
DP/ /	Grau de Dependència:
Data de naixement:	Edat:
Adreça:	Localitat:
Persona de contacte:	Telèfon:
Representant legal/tutor (si escau):	
Telèfon de contacte:	

PROFESSIONAL QUE DERIVA

Treballador/a social	
Servei que fa la petició	
Telèfon	
Correu electrònic:	

PROFESSIONALS REFERENTS

EBASP de referència	
Correu electrònic de contacte	
EAP	
Treballadora Social - Correu electrònic de contacte	

**Signatura, segell o n° col·legiat/da
representant**

**Signatura persona interessada o persona
representant**

Data: Barcelona, de de 2021.



INFORME DE PRIORITZACIÓ D'INGRÉS A CENTRE RESIDENCIAL

SITUACIÓ DE NECESSITAT SOCIAL

La necessitat d'ingrés ve derivada de la pandèmia covid 19

SI	NO
----	----

	Persona atesa en un centre de dia que actualment es troba al seu domicili on la persona cuidadora no pot continuar donant suport
	Persona atesa en un centre de dia que actualment es troba a seu domicili i que ha empitjorat el seu grau d'autonomia.
	Persona ingressada en un centre sociosanitari o hospital d'aguts que no pot tornar al seu domicili per raons derivades de la COVID 19 (defunció de la persona cuidadora, malaltia de la persona cuidadora, ...)
	Persona de menys de 65 anys amb problemes de salut similars a persones grans tipus demències i que necessita ingrés residencial
	Pèrdua de la capacitat de cura de la persona cuidadora
	Pèrdua d'autonomia de la persona dependent i dificultats per assumir-ne la cura
	Sospita o constatació de situació de descurança o maltractament
	Pèrdua dels suports externs de cura
	Pèrdua d'habitatge o tenir-lo en situació inhabitable o sense accessibilitat
	Altres

ESCALES (indicar la puntuació final)

Test de Pfeiffer:	
ABD Barthel:	
AIVD Lawton i Brody:	
Escala Gijón:	

INFORMACIÓ COVID 19 (marcar X el que correspongui)

No ha tingut COVID	
COVID confirmat amb PCR	



Síntomes compatibles però no s'ha fet PCR	
---	--

(Marcar X en el que correspongui i especificar la data en cas de que la resposta sigui Sí).

Està vacunada de la 1 ^a dosi?	Sí	No	Data
Està vacunada de la 2 ^a dosi?	Sí	No	Data

QUI ESTÀ ASSUMINT LA CURA EN AQUESTS MOMENTS

Dispositiu	Marcar amb x
Sociosanitari	
Hospital aguts	
Hotel salut	
Família extensa	
Dispositiu d'emergència habitacional	
Viu en residència, en plaça privada	
Viu al carrer	

INFORMACIÓ COMPLEMENTÀRIA

Claudicació familiar?	Sí No Especifica:
Té família?	Sí No Especifica:
Té xarxa social?	Sí No Especifica:
Es troba adaptat al barri?	Sí No Especifica:
Disposa de xarxa social?	Sí No Especifica:
Té algun tipus de trastorn neurocognitiu que afecti a la seva conducta?	Sí No Especifica:
Presenta necessitat d'atenció residencial en mòdul sanitari (M.S.E)?	Sí No
Presenta necessitats de cura especial?	Sí No Especifica:



Situació econòmica i d'habitatge	Descripció breu

Destaqueu aquella informació que pugui ajudar a la comissió a prioritzar l'ingrés en una plaça pública que s'adapti millor a les necessitats de la persona; disposa de cuidador, existeix sospita d'algun tipus de maltractament, situació actual derivada de la COVID, especificar perquè no pot retornar al domicili , vinculació amb centres d'atenció diürna,..