

▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA



Gizarte Ongizaterako
Foru Erakundea
Instituto Foral
De Bienestar Social

▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA

www.araba.eus/ifbs/

Buruko gaixotasuna duten pertsonentzako atsedeen programa

Programa de respiro para personas con enfermedad mental

Partaidearen informazio fitxa
Ficha de información personal



1. Datu pertsonalak • Datos personales

Abizenak • Apellidos

Izena • Nombre

Helbidea • Dirección

Herria • Municipio

Posta kodea • Código postal

Emaila • email

Telefona • Teléfono

Jaioteguna • Fecha de nacimiento

NAN • DNI

Menpekotasunaren balorazioa eta gradua
Valoración y grado de dependencia

Desgaitasunaren gradua
Grado de discapacidad

2. Ahaidea edo eskatzailearen egitatezko zaintzailea • Familiar o guardador/a de hecho de la persona solicitante

Izen abizenak

Nombre y apellidos

Eskatzailearekiko harreman mota

Relación con persona solicitante

Helbidea • Dirección

Telefona • Teléfono

3. Eskatzailearen testuingurua • Contexto de la persona solicitante

Norekin bizi da? • ¿Con quién convive?

Bakarrik
Sólo/a

Bikotekidea/gurasoak/beste senide batzuekin, pisu partekatua...
Pareja/progenitores/con otros familiares, piso compartido...

GOFEn eguneko zentroan ala okupazio-zentroan dago? (zehaztu)
En C. Día ó C. Ocupacional del IFBS: ¿Cuál?

Egoitzan, etxebizitzan edo etxebizitza komunitarioan, zein?
En residencia, piso o vivienda comunitaria ¿Cuál?

4. Datu medikoak • Datos médicos

Buruko gaixotasunaren diagnostikoa • Diagnóstico de enfermedad mental

Gogoan izan beharreko gaixotasunak: migraina, lunbalgia, gastritisa • Otras Enfermedades a tener en consideración: migraña, lumbalgia, gastritis, etc

Alergiak (zehaztu) • Alergias (especificar)

Botikak • Medicación

Gainbegiratzea behar du zaintzeko eta medikazioa hartzeko
Necesita supervisión en la custodia y toma de medicación

Bai • Sí Ez • No

Botikak • Medicación (*)

(*) Osakidetzako Tratamendu aktiboaren orria eman behar da eta noizbehinkako gaixotasunen jarraibidea; plaza esleitzen zaionean. Aportar la "Hoja de Tratamiento Activo" de Osakidetza, así como la medicación y pauta de enfermedades ocasionales; al ser adjudicada plaza.

COVID-19a azken 6 hilabeteetan izan duzu
Ha pasado el COVID-19 en los últimos 6 meses

Bai • Sí Ez • No

Txertaketa-jarraibide osoa daukazu
Tiene pauta completa de vacunación

Bai • Sí Ez • No

5. Jarduera eta harreman maila • Nivel de actividad y relación

Zer egiten du normalean bere aisialdian? Adierazi bere gustuak eta interesak
¿Qué hace habitualmente en su tiempo libre? Señalar gustos e intereses

Adierazi beldurren bat baduen (urari, iluntasunari, bakardadeari, besteak –zehaztu–)
Indicar si tiene algún tipo de miedo (al agua, oscuridad, soledad, otros, especificar)

6. Autonomia • Autonomía

Ibili, korrika, eskailerak igo, eta oreka mantentzeko gai ahal da?
¿Tiene capacidad para andar, correr, subir escaleras y mantener el equilibrio? Bai • Sí Ez • No

Azkar nekatzen da?
¿Se cansa con facilidad? Bai • Sí Ez • No

Azaldu bere mugak • Describir limitaciones

Zailtasunak ditu hizketan?
¿Tiene dificultades de comunicación? Bai • Sí Ez • No

Entzumen edo ikusmen arazoak ditu?
¿Tiene problemas de audición o visión? Bai • Sí Ez • No

Azaldu bere arazoak • Describir los problemas

7. Autonomia eta eguneroko bizitzako jarduerak • Autonomía y actividades de la vida diaria

7.1. Autonomia-maila • Nivel de autonomía

	Ohitura erabat independenteak eta barneratuak Totalmente independiente e interiorizados hábitos	Ikuskapena/gogoraraztea behar du Necesita supervisión/recuerdo	Mendekotasuna duen persona: laguntza behar du egiteko Dependiente: necesita ayuda para realizarlo
Jan Comer			
Higiene-ohiturak: garbitasuna, dutxa, hortzak garbitzea, bizarra moztea... Hábitos de higiene: aseo, duchar, lavado de dientes, afeitado...			
Janztea eta oinetakoak janztea Vestirse y calzarse			
Diruaren erabilera Manejo del dinero			
Botikak eramatea/edukitzea Portar/tener medicación			
Medikazioa hartzea Toma de medicación			

7.2. Otorduak • Comidas

Erregimena edo arazo bereziren bat?
¿Régimen alimentario o necesidad de dieta especial?

Bai • Sí Ez • No

Azaldu zein dieta, laguntza edo gainbegiratze mota • Especificar qué tipo de dieta, ayuda o supervisión

7.3. Loa • Sueño

Lo ibiltaria?
¿Padece de sonambulismo?

Bai • Sí Ez • No

Amesgaizto edo gau beldurrik izaten du?
¿Tiene pesadillas, miedos nocturnos, etc.? Especificar

Bai • Sí Ez • No

7.4. Esfinterrak kontrolatzea • Control de esfínteres

Bere gisa moldatzen da (kaka nahiz pixa)?
¿Tiene autonomía y continencia normal (deposiciones, micción)?

Bai • Sí Ez • No

Erantzuna ezezkoa bada, zehaztu zailtasun-mota
En caso negativo especifique tipo de dificultad

Noizbehinka • Ocasional Ohikoa • Frecuente

Egunez • De día Gauzez • De noche

Komunera joanda gero, badaki garbitzen?
¿Necesita ayuda para ir al WC?

Bai • Sí Ez • No

Adierazi esfinterrak kontrolatzeko aholkugarriak diren iharduerak
Indicar actuaciones en relación al control de esfínteres (uso de pañales día-noche, ropa de repuesto permanente,...)

-(n), 20 -(e)ko -ren -(e)an

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Dokumentu hau sinatuz, goian sinatzen duenak adierazten du informatuta dagoela eta **DBLO Lege Oharrean** (012. eranskina) aipatutako baimena ematen duela, bere datu personalak erabil ditzan Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeak.

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.