



<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<p>Buruko gaixotasuna duten pertsonentzako atsedeen programa</p> <p>Programa de respiro para personas con enfermedad mental</p> <hr/> <p>Partaidearen informazio fitxa Ficha de información personal</p> 
--	--

1. Datu pertsonalak • Datos personales

Abizenak • Apellidos	Izena • Nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Helbidea • Dirección		
<input type="text"/>		
Herria • Municipio	Posta kodea • Código postal	Emaila • email
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefona • Teléfono	Jaioteguna • Fecha de nacimiento	NAN • DNI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Menpekotasunaren balorazioa eta gradua Valoración y grado de dependencia	Desgaitasunaren gradua Grado de discapacidad	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. Partaidearen ardura duen senidea edo erakundea • Familiar o entidad responsable de la persona participante

Izen abizenak Nombre y apellidos	Partaidearekiko harreman mota Relación con persona participante
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Helbidea • Dirección	Telefona • Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Partaidearen testuingurua • Contexto de la persona participante

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?

4. Datu medikoak • Datos médicos

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.

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

Adierazi ea bera arduratzen den hartzen dituen botikez
Indicar si se responsabiliza de su medicación

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

Eskatzailearen sinadura
Firma de la persona solicitante

Legezko ordezkariaren sinadura
Firma del Representante legal