

# Suport a la Conciliació Familiar

## Informe de la persona

**Aquest formulari l'ha de llegir i emplenar el familiar de la persona. La informació que ens faciliteu permetrà millorar la qualitat del suport i l'acompanyament.**

### Dades de la persona amb discapacitat intel·lectual

Nom i cognoms			
DNI		Data de naixement	/ /
Sexe	F      M	Alçada	metres.      Pes      kg.
Diagnòstic			
Grau de discapacitat	%	Definitiu	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Nom i cognoms del tutor legal			
	Telèfon d'emergència		
Domicili familiar			
Localitat		Codi Postal	

### 1. Dades mèdiques

#### Medicació

Pren medicació habitualment?  SÍ       NO

NOM DEL MEDICAMENT	ESMORZAR	DINAR	SOPAR

\*Caldrà afegir les pautes oficials de medicació.

Si pren la medicació en un horari especial, indiqueu el dia, l'hora i la dosi:

Cal administrar-li la medicació?  SÍ       NO

Acostuma a amagar la medicació?  SÍ       NO

**Mobilitat**

Té dificultats per moure's? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
On? <input type="checkbox"/> Cames <input type="checkbox"/> Braços <input type="checkbox"/> Tot el cos
Com es desplaça: <input type="checkbox"/> A peu <input type="checkbox"/> Cadira de Rodes <input type="checkbox"/> Crosses <input type="checkbox"/> A quatre grapes

**Al·lèrgies**

És al·lèrgic a alguna cosa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
A què?
Medicaments
Aliments
Plantes o animals
Altres
Pren medicació per a l'al·lèrgia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Quina?

**Vacunes**

Porta la vacuna del tètanus actualitzada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Porta la vacuna de l'hepatitis actualitzada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**Malalties**

Pateix alguna malaltia que es pugui encomanar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Quina?
Està convalescent d'alguna malaltia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Quina?
Pateix algun tipus d'infecció? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Quina?
Pateix diarrees? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Pateix restrenyiment? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Pren medicació per controlar les diarrees o el restrenyiment? Quina?
Pateix mal de cap? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Pren medicació pel mal de cap? Quina?
Pateix menstruacions doloroses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Pren medicació per a la menstruació? Quina?
Pateix crisi? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
De quin tipus? Amb quina freqüència?
Pren medicació per a les crisis? Quina?
Pateix marejos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Pren medicació pels marejos? Quina?
Pateix absències? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
De quin tipus? Amb quina freqüència?
Pren medicació per a les absències? Quina?

**Hàbits inadequats**

Pren begudes amb cafeïna (cafè, coca-cola o altres)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Fuma? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Beu alcohol? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**2. Caràcter****Estabilitat**

Té por a alguna cosa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
A què?
És irritable? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Té canvis d'humor freqüents? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Com es tranquil·litza?
Menteix amb freqüència? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**Autoritat**

És obediènt? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
És dominant amb els companys? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Accepta les normes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**Conductes inapropiades**

Té conductes inapropiades? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Quines?
Com actueu habitualment?
Amaga coses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO      Trencar coses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Com actueu habitualment?
Presenta autoagressions? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Com actueu habitualment?
Pateix estereotípies? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Quines?
Com actueu habitualment?
Té alguna fòbia o mania? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Quines?
Com actueu habitualment?
Té conductes suïcides? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Quines?
Què les sol provocar?
A quin tipus de premis / estímuls respon millor?
Quines alternatives de reconducció donen millor resultat?
Com es comporta fora de casa amb estranys?

### 3. Comunicació

---

Comunica les necessitats bàsiques? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Amb quin llenguatge es comunica millor (oral, pictogrames o altres)?
Com comunica els seus sentiments?
Entén les instruccions? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Reconeix signes i dibuixos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Entén els cartells? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Contesta al telèfon? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Truca per telèfon? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Participa en una conversa bàsica (hola, com estàs, etc.)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

### 4. Hàbits de lleure

---

Fa activitats de lleure? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Quines?
Com s'entreté?
Que li agrada fer en el seu temps lliure?
Practica algun esport? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Quin?
Sap nedar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

### 5. Hàbits d'autonomia social

---

Es relaciona amb altres persones? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Fa amics amb facilitat? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Com es comporta en grup?
S'aïlla? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Reacciona malament? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Controla els diners? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Llegeix l'hora? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Sap escriure? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

### 6. Hàbits d'autonomia personal

---

#### Roba

Es vesteix sol? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Reconeix la seva roba? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**Higiene**

Es renta tot sol? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Es dutxa sol? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Necessita ajuda per dutxar-se? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Es pentina sol? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Es renta les dents sol? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**Dormir**

A quina hora marxa a dormir?
Té el costum de fer alguna cosa abans de dormir? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Quina?
Es desperta per la nit? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Pateix malsons? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
A quina hora es lleva?

**Esfínters**

Controla els esfínters durant el dia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
I durant la nit? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Fa servir bolquers? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
De dia: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
De nit: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
De tant en tant: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**7. Alimentació**

Menja sol? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Necessita ajuda per menjar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Quin tipus d'ajuda?
Menja de tot? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Hi ha alguna cosa que no li agradi menjar? Quina?
Hi ha alguna cosa que no toleri bé?
Segueix algun règim especial? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Quin?
Tipus d'alimentació:
Sòlid <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Semisòlid <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Triturat: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Té alguna mania quan menja? Quina?
Llença el menjar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Agafa el menjar dels altres? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

## 8. Activitats quotidianes

És membre d'alguna associació? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Quina?
A quin centre està vinculat?
En quin horari l'atenen al centre?
Si no va a cap centre: Es queda a casa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Treballa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

## 9. Observacions

Anoteu qualsevol altra informació que us sembli important i ens ajudi a conèixer millor a la persona:

El/La Sr./Sra.

amb DNI \_\_\_\_\_ com a responsable legal de \_\_\_\_\_,  
 declaro que totes les dades aportades a aquesta fitxa són certes. Autoritzo a Dincat Federació a fer ús d'aquesta informació única i exclusivament per a les finalitats i serveis propis de Dincat Federació segons la Llei Orgànica de Protecció de Dades 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal.

**DINCAT. PROGRAMA DE CONCILIACIÓ FAMILIAR.**  
**C/Joan Güell, 90-92-08028. Barcelona. Telèfon: 93 490 16 88.**  
[www.dincat.cat](http://www.dincat.cat)      [cfamiliar@dincat.cat](mailto:cfamiliar@dincat.cat)

Dincat garanteix que totes les dades personals contingudes en el formulari d'inscripció seran utilitzades amb la finalitat, amb la forma i amb les limitacions i els drets que concedeix la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal. Les seves dades personals poden incorporar-se a un fitxer automatitzat Dincat. Li garantim que les seves dades són confidencials i d'ús exclusiu de Dincat. Si vol, pot accedir-hi per rectificar-les o cancel·lar-les, fent un escrit a Dincat C/Joan Güell, 90-92. 08028 Barcelona

