**DATA:**

**NOM I COGNOM DE PERSONA AFECTADA:**

**DOMICILI HABITUAL:**

**DOMICILI ON ESTÀ CONFINAT/DA:**

**TELÈFON DE CONTACTE: E-MAIL:**

**COMUNICACIÓ AMB L’USUARI .TELEFÒNICA, WHATSAPP, SMS, SKYPE O ALTRES**

|  |  |
| --- | --- |
| TIPUS PLATAFORMA | ÀLIAS USUARI |
|  |  |
|  |  |

**ALTRES FAMILIARS AFECTATS/CONFINATS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOMS I NOM | PARENTIU | CONVIUEN AL  MATEIX DOMICLI? | TELÈFON CONTACTE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ALTRES FAMILIARS NO CONFINATS QUE PUGUIN DONAR SUPORT:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOMS I NOM | PARENTIU | DOMICILI | TELÈFON CONTACTE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**SERVEIS DE SALUT. (Equip mèdic, infermeria, Treball Social Sanitari)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROFESSIÓ | NOM | TELÈFON I E-MAIL |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**És usuari en seguiment per Serveis Socials? En cas afirmatiu NOM I COGNOMS del professional de referència.**

**És usuari/a d’algun servei prèviament al confinament (encercla la resposta):**

* Teleassistència domiciliària? Si No 󠇡
* Servei d’Ajuda a Domicili (SAD)? Si 󠇡 󠇡 No 󠇡
* Àpats a domicili? Si 󠇡 󠇡No 󠇡
* Servei de voluntariat? 󠇡 󠇡Si 󠇡 󠇡 No 󠇡

* Centre de Dia? 󠇡Si 󠇡 󠇡 No 󠇡

**Relació d'altres tipus de recursos o serveis que és beneficiari/ària**

**Cal activació de nous recursos (menjar a domicili, SAD…? (indicar-ne quin/s):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TIPUS DE RECURS | DATA INICI | SEGUIMENT |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**INTERVENCIONS**

**DATA D’INTERVENCIÓ:**

**MUNICIPI / GRUP DE MUNICIPIS:**

**TREBALLADOR/A SOCIAL:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATA | TIPOLOGIA DE DEMANDA | NECESSITAT DETECTADA | INTERVENCIÓ /GESTIÓ REALITZADA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**QUIN ÉS EL TIPUS DE SEGUIMENT QUE VALOREM QUE HEM DE FER?**

**TRUCADA TELEFÒNICA O ALTRES MITJANS DE COMUNICACIÓ AMB LA PERSONA CONFINADA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATA | DIÀRIA | SETMANAL | OBSERVACIONS |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**EQUIPS OPERATIUS QUE INTERVENEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GRUP OPERATIU | NOM I CONGOM | TIPUS D’INTERVENCIÓ |
| TREBALLADORS SOCIALS SANITARIS |  |  |
| TREBALLADORS SOCIALS DEL MUNICIPI |  |  |
| SEM |  |  |
| CREU ROJA |  |  |
| ALTRES |  |  |

**DATA FINALITZACIÓ:**

MOTIU: 󠇡󠇡 Mort 󠇡 󠇡󠇡 Ingrés Hospitalari 󠇡󠇡 Alta sanitària 󠇡󠇡 Trasllat

**TIPUS DE SEGUIMENT SI S’ESCAU:**

**DERIVACIÓ A ALTRES SERVEIS SOCIALS:**

**OBSERVACIONS:**

**DADES RECOLLIDES PEL/LA TREBALLADOR/A SOCIAL DE L'EQUIP D'EMERGÈNCIES DEL TSCAT**

NOM I COGNOMS

NÚM. DE COL·LEGIACIÓ

SIGNATURA

**DATA**