

**CONSILIUL JUDEȚEAN BIHOR**  
**UNITATEA DE ASISTENȚĂ MEDICO-SOCIALĂ POPEȘTI**  
 Loc. Popești, nr. 10, județul Bihor

Tel. / Fax: 0259-327.799  
 email: [cmspopesti@yahoo.com](mailto:cmspopesti@yahoo.com)

Nr. înregistrare:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**GRILĂ DE EVALUARE MEDICO-SOCIALĂ**

**a persoanelor care se internează în UNITATEA DE ASISTENȚĂ MEDICO-SOCIALĂ POPEȘTI**

Serviciul public de asistență socială din localitatea .....  
 Sat comună oraș municipiu sector Județul .....  
 Nr. Fișei / înregistrare .....  
 Data evaluării .....  
 Anchetă socială efectuată de .....

(numele, prenumele, funcția)

**I. Date de identificare a persoanei evaluate**

1. Numele (cu inițiala tatălui) ..... 2. Prenumele .....
3. Data și locul nașterii ..... 4. Vârsta .....
5. Domiciliul stabil: localitatea ....., județul (sectorul) .....,  
 cod poștal ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., ap. ....  
 nr. telefon fix ....., nr. telefon mobil ....., e-mail .....
6. Profesia ..... 7. Ocupația .....
8. Studii: fără primare gimnaziale liceale postliceale universitare
9. Carte (buletin) de identitate: seria .... nr. .... 10. Cod numeric personal .....
11. Sex F M 12. Religie .....
13. Cupon de pensie (dosar de pensie) nr. ....  
 (se precizează tipul de pensie: de vârstă, de invaliditate, de nevăzător, de veteran și altele asemenea)
14. Certificat de încadrare într-un grad de handicap: nr. .... gradul .....
15. Carnet de asigurări de sănătate: seria ..... nr. ....
16. Starea civilă: necăsătorit(ă) căsătorit(ă) data ..... văduv(ă) data ..... divorțat(ă)  
 data ..... despărțit(ă) în fapt data ..... concubinaj .....
17. Copii: DA NU Dacă DA, se vor înscrie:

Nr.	Numele si prenumele	Adresa	Telefon

**II. Reprezentantul legal**

1. Numele ..... prenumele .....
2. Calitatea: soț/soție fiu/fiică rudă alte persoane .....
3. Locul și data nașterii .....
4. Adresa de domiciliu .....
5. Nr. telefon la domiciliu ....., la serviciu .....,  
 nr. telefon mobil ....., nr. fax ....., e-mail .....

**III. Persoana de contact în caz de urgență**

1. Numele ..... prenumele .....
2. Adresa de domiciliu .....
3. Nr. telefon la domiciliu ....., la serviciu .....,  
 nr. telefon mobil ....., e-mail ....., nr. fax .....

**CONSILIUL JUDEȚEAN BIHOR**  
**UNITATEA DE ASISTENȚĂ MEDICO-SOCIALĂ POPEȘTI**  
**Loc. Popești, nr. 10, județul Bihor**

**Tel. / Fax: 0259-327.799**  
**email: cmspopesti@yahoo.com**

**Nr. înregistrare:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IV. Evaluarea medicală** (pct. IV se completează de medicul specialist de la secția cu paturi + la pag 4)

A. Starea prezentă (date anamnestice, examinare clinică pe aparate și sisteme)

.....  
.....  
.....

B. Rezultate ale investigațiilor paraclinice

.....  
.....  
.....

C. Diagnostic

.....  
.....

D. Evaluarea funcțională a capacității de autoîngrijire

1. Autonomie păstrată: DA NU

2. Necesită: supraveghere asistare îngrijire tratament

E. Recomandări

.....  
.....

F. Concluzii:

necesită internare într-o unitate sanitară cu paturi    necesită tratament la domiciliu    necesită internare într-o unitate de asistență medico-socială

**V. Evaluarea situației socio-economice**

A. Locuința:

1. Casă apartament la bloc alte situații

2. Situația: la parter la etaj ascensor DA NU

3. Componenta: nr. camere ..... bucătărie baie duș W.C. situat în interior situat în exterior

4. Încălzire: fără centrală cu lemne/cărbuni gaze naturale combustibil lichid altele

5. Apă curentă: DA NU rece caldă alte situații

6. Iluminare: suficientă insuficientă

7. Umiditate: nivel normal nivel crescut

8. Stare de igienă: corespunzătoare necorespunzătoare

9. Locuința este prevăzută cu: aragaz, mașină de gătit frigider mașină de spălat aparat radio/televizor aspirator

10. Concluzii privind riscul ambiental (condiții de locuit și facilități)

.....  
.....

B. Rețeaua de familie:

1. Persoana evaluată trăiește:

singur / singură de la data .....

**CONSILIUL JUDEȚEAN BIHOR**  
**UNITATEA DE ASISTENȚĂ MEDICO-SOCIALĂ POPEȘTI**  
**Loc. Popești, nr. 10, județul Bihor**

**Tel. / Fax: 0259-327.799**  
**email: cmspopesti@yahoo.com**

**Nr. înregistrare:**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

cu soț / soție de la data .....

cu copiii de la data .....

cu alte rude de la data .....

cu alte persoane de la data .....

2. Persoana / persoanele cu care locuiește (numele, prenumele, calitatea, vârsta), dacă este compatibil – se înțelege bine – cu acestea:

..... Este compatibil DA NU

..... Este compatibil DA NU

..... Este compatibil DA NU

..... Este compatibil DA NU

..... Este compatibil DA NU

3. Una dintre persoanele cu care locuiește:

este bolnavă prezintă un handicap este dependentă de alcool / droguri

4. Este ajutat / ajutată de familie: DA NU cu bani cu alimente activități de menaj

5. Relațiile cu familia sunt: bune cu probleme fără relații

6. Există risc de neglijare: DA NU abuz: DA NU Dacă DA, se vor face precizări:

C. Rețea de prieteni și vecini

1. Are relații cu prietenii și vecinii: DA NU vizite relații de întraajutorare

relațiile sunt: permanente ocazionale

2. Frecventează: un grup social biserica altele Precizări:

3. Este ajutat / ajutată de prieteni, vecini pentru: cumpărături activități de menaj deplasare în exterior

4. Participă la: activități ale comunității activități recreative

5. Comunitatea îi oferă un anumit suport: DA NU Dacă DA, se va preciza modalitatea:

D. Situația economică – venituri

1. Venit lunar propriu reprezentat de:

Pensie de asigurări sociale în valoare de .....

Pensie pentru agricultori în valoare de .....

Pensie pentru persoana cu handicap în valoare de .....

Pensie I.O.V.R. în valoare de .....

2. Alte venituri:

a) alocații, indemnizații, ajutoare acordate conform legii:

..... în valoare de .....

b) venituri din alte surse .....

..... în valoare de .....

3. Venitul global declarat pentru impozitare .....

4. Bunuri mobile și imobile aflate în posesie .....

**VI. Evaluarea autonomiei persoanei**

**CONSILIUL JUDEȚEAN BIHOR**  
**UNITATEA DE ASISTENȚĂ MEDICO-SOCIALĂ POPEȘTI**  
**Loc. Popești, nr. 10, județul Bihor**

**Tel. / Fax: 0259-327.799**  
**email: cmspopesti@yahoo.com**

**Nr. înregistrare:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Realizează activitățile curente ale vieții de zi cu zi: singur    cu ajutor    depinde de alții  
Se va preciza pentru care activități necesită ajutor (toaleta propriei persoane, alimentare și hidratare, mobilizare și deplasare în interiorul locuinței, deplasare în exteriorul locuinței, utilizarea mijloacelor de comunicare la distanță – telefon, alarmă și altele asemenea, efectuarea menajului, efectuarea cumpărăturilor, gestionarea și administrarea bunurilor proprii, utilizarea mijloacelor de transport, activități recreative, respectarea indicațiilor privind tratamentul medical):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**VII. Date privind asigurarea serviciilor medicale și sociale**

1. Este înscris la un medic de familie: DA    NU

Dacă DA, se vor preciza: numele și prenumele medicului, adresa și numărul de telefon ale cabinetului medical individual: .....

2. Tratamentul și îngrijirea medicală necesară se pot realiza la domiciliul persoanei: DA    NU

Dacă NU, se vor preciza cauzele: .....

3. Serviciile de îngrijire socio-medice pentru realizarea activităților curente ale vieții zilnice sunt disponibile pentru a menține persoana la domiciliul propriu: DA    NU

Dacă DA, care sunt acestea și de cine sunt acordate: .....

**VIII. Concluzii și recomandări**

Se vor avea în vedere afecțiunile cronice pe care le prezintă persoana evaluată, precum și situațiile de dificultate datorate unor cauze de natură economică și socială care pot conduce la apariția riscului marginalizării sau excluderii sociale.

Persoana evaluată: De acord cu datele și concluziile evaluării: DA    NU

A fost informat / ă asupra condițiilor necesare pentru internarea într-o unitate medico-socială: DA    NU

Dorește să se interneze într-o unitate medico-socială: DA    NU

Data

.....

Semnătura persoanei evaluate

.....

Reprezentantul legal, după caz: De acord cu datele și concluziile evaluării: DA    NU    A fost informat asupra condițiilor necesare pentru internarea într-o unitate de asistență medico-socială: DA    NU    Acceptă recomandarea privind internarea persoanei evaluate într-o unitate de asistență medico-socială: DA    NU

Data

.....

Semnătura reprezentantului legal al persoanei evaluate

.....

**CONSILIUL JUDEȚEAN BIHOR**  
**UNITATEA DE ASISTENȚĂ MEDICO-SOCIALĂ POPEȘTI**  
*Loc. Popești, nr. 10, județul Bihor*

*Tel. / Fax: 0259-327.799*  
*email: cmspopesti@yahoo.com*

*Nr. înregistrare:*

\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Evaluarea medicală** în vederea internării domnului/doamnei .....  
într-o unitate de asistență medico-socială a fost efectuată de:

Numele și prenumele .....,

Specialitatea ....., funcția .....,

Instituția (unitatea) la care este angajat ....., Adresa

instituției (unității) ....., nr. telefon

....., nr. fax ....., e-mail .....

Semnătura .....

**Ancheta socială** reprezentând componenta socială de evaluare în vederea internării domnului / doamnei . . . .  
..... într-o unitate de asistență medico-socială a fost efectuată de:

Numele și prenumele ....., Profesia .....,

funcția ....., Instituția (unitatea) la care lucrează .....,

Adresa instituției (unității) ....., nr. telefon .....,

nr. fax ....., e-mail .....

Semnătura .....

Alte persoane care au participat la evaluare, după caz:

.....  
.....  
.....  
.....