

## GHID

care trebuie parcurs pentru constituirea dosarului de admitere în  
Centrul de Asistență Medico-Socială Bucșani,  
Tel/Fax : 0245/235258

1. **GRILA DE EVALUARE MEDICO – SOCIALĂ**, reglementată prin Ordinul nr. 491/180/2003, al M.S.F. și M.M.S.S. și publicată în M.O. 382 / 03.06.2003, completată de către Serviciul de asistență socială al primăriei din localitatea de domiciliu. Persoana internată trebuie să fie locuitor al județului Dâmbovița cu afecțiuni cronice, să nu sufere de boli psihice (schizofrenie, oligofrenie, ș. a.) sau de boli infecto contagioase în forme active, în evoluție.

2. **RAPORT DE ANCHETĂ SOCIALĂ** întocmit de primăria de domiciliu a potențialului beneficiar.

3. **REFERAT DE LA MEDICUL DE FAMILIE ȘI AVIZ PENTRU INTRAREA ÎN COLECTIVITATE (AVIZ EPIDEMIOLOGIC)**.

4. Cu trimitere și recomandare de la medicul de familie se face o internare la o unitate sanitară cu paturi (spital).

5. Pe Grila de evaluare medico-socială se trece (la rubrica corespunzătoare) evaluarea medico-socială și recomandarea dată de medicul din unitatea sanitară cu paturi (spital) – cu stampila rotundă, pentru admitere într-un centru de asistență medico - socială.

6. **DOCUMENTE DE IDENTITATE** ale potențialului beneficiar (B.I. sau C.I. și certificat de naștere în original și copie, precum și certificat de căsătorie, de divorț, de deces, etc., în copie).

7. **DECLARAȚIE NOTARIALĂ AUTENTIFICATĂ**, dată de aparținătorul/ susținătorul /reprezentantul legal sau de către Primăria de domiciliu (pentru cei ce nu au aparținători/susținători/reprezentanți legali), prin care declarantul se angajează pentru cooperarea și colaborarea cu conducerea Centrului de Asistență Medico – Socială Bucșani în acordarea serviciilor medico – sociale și ridicarea în caz de deces.

8. **DOCUMENTE CARE SĂ ATESTE VENITURILE** din pensii, indemnizații, ori alte forme de venit cu caracter permanent ale potențialului beneficiar.

Notă : Pentru cei care beneficiază de INDEMNIZAȚIE DE HANDICAP : pe perioada accesului în centru, ACEASTA SE SUSPENDĂ.

9. PENTRU ANUL 2023 contribuția plătită de către beneficiarii internați în CAMS Bucșani este de 2200 lei, în conformitate cu Hotărârea Consiliului Local Bucșani nr. 28/27.04.2023.

10. **DOSAR CU ȘINĂ**

11. **COPIE B.I./C.I. REPREZENTANT LEGAL**

**NOTĂ IMPORTANTĂ:** Dosarul astfel întocmit va fi verificat la Centrul de Asistență Medico – Socială Bucșani de către personalul abilitat, urmând a fi stabilită data admiterii sau trecerea pe lista de așteptare, după caz.

Nr. .... / .....

### REFERAT MEDIC DE FAMILIE

privind situația d-nei (d-lui) \_\_\_\_\_  
posesor al B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ cod numeric \_\_\_\_\_  
domiciliat în localitatea \_\_\_\_\_ str./sat \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_ bloc \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_.

1. Nr. fișă dispensarizare \_\_\_\_\_, data întocmirii \_\_\_\_\_

2. Diagnostic \_\_\_\_\_

3. Vechimea bolii \_\_\_\_\_

4. Internări, tratamente, stare prezentă (descriere) \_\_\_\_\_

5. Dependentă sau parțial dependentă de o altă persoană \_\_\_\_\_

6. Deplasabilă sau nedeplasabilă \_\_\_\_\_

7. **CONCLUZII** (recomandări pentru terapia socială, are/nu are nevoie de supraveghere din partea unui asistent social) \_\_\_\_\_

**Întocmit,**  
**MEDIC DE FAMILIE**

(numele și prenumele, semnătura și parafa)

PRIMĂRIA COMUNEI .....  
TEL/FAX .....  
NR. .... / .....

## RAPORT DE ANCHETĂ SOCIALĂ

### I DATE PRIVIND PERSOANA EVALUATĂ

Numele ..... Prenumele .....  
fiul lui ..... și al ..... născut la data de .....  
în localitatea ..... județul .....  
CNP.....  
Adresa: str. .... nr. .... bloc ..... sc. .... ap. ....  
localitatea ..... județul ..... cod poștal  
..... telefon ..... B.I./C.I: seria..... nr. ....  
eliberat de ..... la data .....  
Probleme de sănătate: .....  
.....  
.....  
Certificat de încadrare în grad de handicap .....  
Pregătire școlară: .....  
Venituri: .....  
Religia: .....  
Starea civilă: .....  
Copii: .....  
.....  
.....  
.....  
Relațiile cu membrii familiei .....  
.....  
.....  
Persoana se află în îngrijirea: .....  
.....  
.....  
Medic de familie: .....  
.....  
.....  
Accesul la servicii sociale: .....  
.....

### II AUTONOMIA ȘI STATUTUL FUNCȚIONAL AL PERSOANEI

## ACTIVITĂȚI ZILNICE

igiena corporală:

- fără ajutor \_\_\_\_\_
- cu ajutor \_\_\_\_\_
- incapabilă \_\_\_\_\_

incontinență ocazională

- da \_\_\_\_\_
- nu \_\_\_\_\_

îmbrăcat/dezbrăcat

- fără ajutor \_\_\_\_\_
- cu ajutor \_\_\_\_\_
- incapabilă \_\_\_\_\_

hrănire/hidratare

- fără ajutor \_\_\_\_\_
- cu ajutor \_\_\_\_\_
- incapabilă \_\_\_\_\_

deplasare

- fără ajutor \_\_\_\_\_
- cu ajutor
  - baston \_\_\_\_\_
  - cadru \_\_\_\_\_
  - scaun rulant \_\_\_\_\_

utilizarea mijloacelor de comunicare

- incapabilă \_\_\_\_\_
- fără ajutor \_\_\_\_\_
- cu ajutor \_\_\_\_\_
- incapabilă \_\_\_\_\_

## ACTIVITĂȚI INSTRUMENTALE

prepararea hranei

- fără ajutor \_\_\_\_\_
- cu ajutor \_\_\_\_\_
- incapabilă \_\_\_\_\_

activități gospodărești

- fără ajutor \_\_\_\_\_
- cu ajutor \_\_\_\_\_
- incapabilă \_\_\_\_\_

gestionarea veniturilor

- fără ajutor \_\_\_\_\_
- cu ajutor \_\_\_\_\_
- incapabilă \_\_\_\_\_

efectuarea de cumpărături

- fără ajutor \_\_\_\_\_
- cu ajutor \_\_\_\_\_
- incapabilă \_\_\_\_\_

conformarea la recomandările medicale

- fără ajutor \_\_\_\_\_
- cu ajutor \_\_\_\_\_
- incapabilă \_\_\_\_\_

utilizarea mijloacelor de transport

- fără ajutor \_\_\_\_\_
- cu ajutor \_\_\_\_\_
- incapabilă \_\_\_\_\_

participarea la activități recreative .....

.....  
.....  
**STATUTUL PSIHOAFECTIV**

- nu are probleme \_\_\_\_\_
- are probleme comportamentale \_\_\_\_\_

**STATUTUL SENZORIAL**

- acuitate vizuală \_\_\_\_\_
- acuitate auditivă \_\_\_\_\_

**COMUNICARE**

- vorbește bine și inteligibil \_\_\_\_\_
- capabil să ofere informații \_\_\_\_\_
- are dificultăți de vorbire \_\_\_\_\_
- nu comunică decât prin semne \_\_\_\_\_
- nu comunică deloc \_\_\_\_\_

**ORIENTAREA**

- fără probleme \_\_\_\_\_
- este dezorientată \_\_\_\_\_

**MEMORIA**

- păstrată \_\_\_\_\_
- afectată parțial \_\_\_\_\_
- afectată în totalitate \_\_\_\_\_

**III REZULTATELE EVALUĂRII ȘI RECOMANDĂRI**

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

**PERSOANA EVALUATĂ/  
APARTINĂTOR, SUSȚINĂTOR/REPREZENTANT LEGAL**

SEMNĂTURA.....

**PRIMAR,**

**ÎNTOCMIT,**

.....

.....

# GRILA DE EVALUARE MEDICO-SOCIALĂ

A PERSOANELOR CARE SE INTERNEAZĂ ÎN UNITĂȚI DE ASISTENȚĂ MEDICO-SOCIALĂ

Serviciul public de asistență socială din localitatea .....

Sat  comuna  oraș  municipiu

Județul Dâmbovița

Data evaluării .....

Ancheta socială efectuată de .....

## I. DATE DE IDENTIFICARE ALE PERSOANEI EVALUATE

1. Numele cu inițiala tatălui .....
  2. Prenumele .....
  3. Data și locul nașterii .....
  4. Vârsta .....
  5. Domiciliul stabil : localitatea ....., județul .....
  - cod poștal .....str. ....nr. .... bl ..... sc. .... ap .....
  6. Profesia .....
  7. Ocupația .....
  8. Studii: fără  primare  gimnaziale  liceale  universitare
  9. Carte 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  căsătorit  data .....
  - văduv  data ..... divorțat  data .....
  - despărțit în fapt  concubinaj
  17. Copii : da  nu
- Daca DA, se vor înscrie numele, prenumele, adresa, telefonul copiilor:
- .....
- .....
- .....

## II. REPREZENTANTUL LEGAL

1. Numele ..... Prenumele .....
2. Calitatea: soț/soție  fiu/fiica  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 .....

### IV. EVALUAREA MEDICALA

- 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. Casa, apartament de bloc  alte situații
2. Situată: la parter  la etaj  ascensor DA  NU
3. Componenta: nr. camere ..... bucătărie  baie  duș  WC   
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. Starea 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 :** - singur / singură  de la data .....
- cu soț/soție  de la data de.....
- 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

3. Una din persoanele cu care locuiește:

este bolnavă  prezintă un handicap  este dependentă de alcool / droguri

4. Este ajutat/ ajutată de familie : da  nu  cu bani  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 trece 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 precizează 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 persoană cu handicap  în valoare de .....

Pensie IOVR  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. venit global declarat pentru impozitare.....

4. bunuri mobile si imobile aflate în posesie.....

## VI. EVALUAREA AUTONOMIEI PERSOANEI

Realizează activități curente ale vieții de zi cu zi :    singur     cu ajutor

Se va preciza pentru care activități necesită ajutor (toaleta propriei persoane, alimentare și hidratare, mobilizare și deplasare în interiorul locuinței, deplasare în exteriorul locuinței, mijloace de comunicare la distanță – telefon, alarmă și alte 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 medic de familie :        DA     NU

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

.....

1. Tratamentul și îngrijirea medicală necesară se pot realiza la domiciliul persoanei:

DA                       NU

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

.....

3. Serviciile de îngrijire socio - medicale 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/informată 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

Data .....                    Semnătura reprezentantului legal  
al persoanei evaluate

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

Numele si prenumele .....

Specialitatea ..... funcția .....

Instituția la care este angajat .....

Adresa instituției .....

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 si prenumele ..... Specialitatea .....

Funcția ..... Instituția la care este angajat .....

Adresa instituției .....

Nr. telefon ..... Nr. fax....., e-mail .....

Semnătura .....

Alte persoane care au participat la evaluare, după caz:

.....  
.....