

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 ștampila 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/reprezentați 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. Contribuția plătită de către beneficiarii internați în CAMS Bucșani este de 4000 lei, în conformitate cu Hotărârea Consiliului Local Bucșani nr. 4/22.01.2026.

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)

ROMÂNIA
JUDEȚUL DÂMBOVIȚA
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:

.....

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 poștalstr.nr. bl sc. ap

6. Profesia

7. Ocupația

8. Studii: fără primare gimnaziale liceale universitare

9. Carte de identitate : serianr.

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 : serianr.

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. NumelePrenumele

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 MEDICALĂ

- 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

Daca 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

Daca 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 și 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 și 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:

.....
.....