

SORVEGLIANZA IGIENICO - NUTRIZIONALE MENSE

Rilevazione N _____

ASL _____

Data ___/___/_____

Anagrafica / Documentazione sanitaria			
Comune di _____		Denominazione struttura _____	
Indirizzo ufficiale _____			
Telefono _____	Fax _____	E-Mail _____	@ _____
Classificazione Struttura 1 <input type="checkbox"/> Pubblica 2 <input type="checkbox"/> Privata 3 <input type="checkbox"/> Mista			
Tipo: Presidi residenziali di assistenza sociale		Tipo: Altri servizi di comunità	
<input type="checkbox"/> R.A (ra)		<input type="checkbox"/> Comunità familiare (cf)	
<input type="checkbox"/> R.A.B. (rab)		<input type="checkbox"/> Comunità autogestita (ca)	
<input type="checkbox"/> R.A.F (raf)		<input type="checkbox"/> Pensionato giovanile (pg)	
<input type="checkbox"/> R.A.A. (raa)		<input type="checkbox"/> Centro Vacanza (cv)	
<input type="checkbox"/> R.S.A. (rsa)		<input type="checkbox"/> Centro incontro (ci)	
<input type="checkbox"/> C.A.S.A.(casa)		<input type="checkbox"/> _____	
N° di ospiti totali _____		N° ospiti che si alimenta per os _____	N° ospiti in NE _____
N° di ospiti che devono essere imboccati _____		N° di ospiti che fa uso di integratori orali _____	
E' presente personale dedicato all'aiuto di chi non si alimenta autonomamente? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No _____			

Gestione Mensa			
<input type="checkbox"/> Gestione diretta Comune / Ente (GD)		<input type="checkbox"/> Gestione appaltata a ditta (GA) _____ indirizzo _____	
<input type="checkbox"/> Produzione pasti in loco (loco)		<input type="checkbox"/> Produzione pasti fuori sede a _____ Indirizzo _____ Durata trasporto minuti _____	
Inizio appalto il _____		Scadenza appalto _____	
E' presente un capitolato? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No		E' disponibile in loco? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No	
Esistono controlli sul rispetto del capitolato in relazione alle materie prime? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No			
Quale tipo olio viene usato per il condimento ? 1 <input type="checkbox"/> extravergine 2 <input type="checkbox"/> oliva 4 <input type="checkbox"/> monosemi _____ 8 <input type="checkbox"/> semi vari			
Quale tipo olio viene usato per la cottura? 1 <input type="checkbox"/> extravergine 2 <input type="checkbox"/> oliva 4 <input type="checkbox"/> monosemi _____ 8 <input type="checkbox"/> semi vari			
Presenza di prodotti in scatola _____			
Presenza di prodotti surgelati _____			
Presenza di semilavorati _____			
Utilizzo sale iodato? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No _____			

Derrate alimentari

Valutazione menù e porzioni			
E' presente il Menù	1 ^y Si, approvato il	2 ^y Si, Non approvato	3 ^y No
Esiste ciclicità stagionale	1 ^y Si	2 ^y No	
Rotazione pietanze su almeno 4 settimane	1 ^y Si	2 ^y No	
Presenza di alternative	1 ^y Si	2 ^y No	
Esposto In Maniera Visibile	1 ^y in cucina	2 ^y in refettorio	3 ^y No
Oggi viene rispettato il menu (verificare)?	1 ^y Si	2 ^y No perché...	
Viene data agli ospiti la possibilità di scelta?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Esiste uno strumento per prenotare il pasto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
E' prevista una valutazione della soddisfazione e delle aspettative degli ospiti?	1 ^y Si	2 ^y No	
E' prevista una valutazione degli avanzi?	1 ^y Si	2 ^y No	
Esiste qualche criterio per standardizzare le porzioni distribuite?	1 ^y Si	2 ^y No	
E' stata fatta una valutazione sull'adeguatezza delle porzioni distribuite?	1 ^y Si	2 ^y No	
Viene data la possibilità di fare il bis	1 ^y Si	2 ^y No	se si <input type="checkbox"/> a fine portata <input type="checkbox"/> a fine pasto

Diete speciali		
Tipologia	N° ospiti	Osservazioni
Diabete		
Disfagia		
Morbida		
Semiliquida		

L'indicazione ad una dieta speciale viene posta dal medico curante? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No		
Viene redatto un menu specifico scritto per la dieta speciale ? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No		
3 <input type="checkbox"/> Si solo per qualche patologia (specificare).....		
Chi redige/gestisce il menu variato? <input type="checkbox"/> medico curante <input type="checkbox"/> Dietista <input type="checkbox"/> Logopedista <input type="checkbox"/> Operatori SIAN		
<input type="checkbox"/> personale infermieristico <input type="checkbox"/> Dietologo		
Il menu speciale, se non redatto dal SIAN, viene vistato dal SIAN? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No		
3 <input type="checkbox"/> Si solo per qualche patologia (specificare).....		

Gestione pasti

Numero di pasti forniti per ogni ospite _____

orario dei pasti: colazione _____ spuntino _____ pranzo _____ merenda _____ cena _____

uso di tovaglie: 1 monouso 2 stoffa 3 cerata 4 non usouso di stoviglie: 1 monouso 2 metallo/ceramica**Malnutrizione**

Il personale ha seguito nell'ultimo anno un corso di formazione sugli aspetti nutrizionali e la malnutrizione nell'anziano

1 Si NoAll'ingresso viene fatto uno screening validato per valutare il rischio di malnutrizione se si quale _____ 1 Si 2 NoViene monitorato il peso degli ospiti 1 Si 2 No se si con quale frequenza _____BMI 1 Si 2 NoLa struttura dispone di 1 sedia bilancia 2 elevatore con dinamometroLa struttura si avvale della consulenza di specialisti: fisioterapista logopedista dietista psicologoViene valutato il quantitativo di liquidi introdotti 1 Si 2 No se si in che modo _____**Attività fisica**Viene incentivato il movimento fisico? 1 Si NoE' presente personale esperto? fisioterapista istruttori altro _____Oltre alle attività individuali di fisioterapia, viene data la possibilità di praticare movimento in gruppo? 1 Si 2 No

- Geromotricità tempo _____
- Palestra tempo _____
- Camminate tempo _____
- Ginnastica Dolce tempo _____
- altre attività _____

NOTE: _____

COMPILATA DA: