

ANNEX 2. Informe clínic i psicosocial

INFORME ADREÇAT A:¹ FISCALIA JUTJAT²

PER DEMANAR:

SOL·LICITUD DE MESURES CAUTELARS:
Protecció personal
Protecció patrimonial
Altres:

PER INICIAR UN PROCÉS D'INCAPACITACIÓ

RELATIU A:

Nom i cognoms:

DNI:

Data i lloc de naixement:

Domicili habitual:

Tel.

Població:

CP:

DOMICILI PER REBRE CORRESPONDÈNCIA:

Persona de contacte:

Parentiu:

Entitat i/o servei (si escau):

Adreça:

Població i CP:

Tel. 1:

Adreça electrònica:

Tel. 2:

INFORME PRESENTAT PER:

Nom/s:

Entitat/s:

Data de presentació de l'informe:

¹ En cas de presentació d'un procés d'incapacitació per instància de tercera persona, s'adreça a Fiscalia. Per als casos de sol·licitud d'aplicació de mesures cautelars, s'aconsella la presentació tant a Fiscalia com al Jutjat.

² Degà o de primera instància.

1. MOTIU D'INICI DEL PROCEDIMENT D'APLICACIÓ DE LA MESURA DE PROTECCIÓ LEGAL

2. ANTECEDENTS DE LA PERSONA

3. CIRCUMSTÀNCIES ACTUALS DE RISC DE LA PERSONA. Entre altres, cal incloure situacions presencials rellevants que hagin estat observades

4. RESUM DE LA INTERVENCIÓ REALITZADA PELS SERVEIS QUE TINGUIN CONEIXEMENT DEL CAS (centres sociosanitaris, centres d'atenció primària, centres de salut mental, serveis socials, etc.)

5. ESTAT DE SALUT

5.1. DIAGNÒSTICS PRINCIPALS I SECUNDARIS

5.2. SÍMPTOMES RELLEVANTS

A) Intel·ligència / memòria / pensament / llenguatge / percepció / judici de la realitat / consciència de malaltia

B) Afectivitat / impulsivitat / conducta / riscos

C) Autocura³

5.3. SITUACIÓ CLÍNICA I ASSISTENCIAL ACTUAL

5.4. IMPACTE DE LA MALATIA

5.5. EVOLUCIÓ I PRONÒSTIC

³ Sempre que sigui possible, cal adjuntar una escala de valoració de la capacitat de realitzar activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària.

6. ASPECTES PERSONALS I FAMILIARS

6.1. SITUACIÓ PERSONAL

A) Escolaritat

B) Relacions socials

C) Nivell ocupacional-laboral

6.2. SITUACIÓ FAMILIAR

A) Qualitat i freqüència de les relacions familiars actuals⁴

B) Dades dels familiars (especifiqueu-ne el nom, el parentiu, el tipus de relació i de suport, i les dades de contacte, si escau)

a) Dades de contacte del familiar i/o la persona de referència que pot acompanyar la persona afectada en valoracions posteriors

6.3. SITUACIÓ ECONÒMICA

6.4. HABITATGE

6.4.1. Situació de l'habitatge

6.4.2. Ubicació actual de la persona afectada⁵

⁴ Indiqueu si s'identifica algun motiu de no-idoneïtat per assumir la pàtria potestat.

⁵ Indiqueu l'adreça i el telèfon de contacte. En cas que la persona estigui institucionalitzada, especifiqueu el nom del servei i la persona de referència.

6.5. EXPRESSIÓ DE LA VOLUNTAT DE LA PERSONA RESPECTE AL SEU FUTUR

6.5.1. Existència d'autotutela

6.5.2. Existència de voluntats anticipades, testament vital

6.5.3. Comentaris

6.6. ALTRES DADES SOCIALS D'INTERÈS

7. VALORACIÓ FUNCIONAL

7.1. AVALUACIÓ DE CAPACITATS

	SI	AMB DIFICULTATS	NO
Té capacitat per moure's lliurement i responsablement			
Té capacitat per administrar els seus recursos econòmics i patrimonials			
Té capacitat per tenir cura de si mateix/a			
Té capacitat per atendre adequadament la pròpia salut			
Té capacitat per establir relacions amb altres			
Pot exercir rols socials: portar la casa, exercir de pare/mare, treballar, fer de veí/ina, exercir la ciutadania..			
Té capacitat per defensar-se i buscar ajut si ho necessita			

7.2. VALORACIÓ FUNCIONAL I COGNITIVA AMB ESCALES VALIDADES⁶

NOM DE L'ESCALA	PUNTUACIÓ OBTINGUDA	OBSERVACIONS
-----------------	------------------------	--------------

7.3. ALTRES DADES DE VALORACIÓ FUNCIONAL

⁶ Es recomana adjuntar les escales utilitzades.

8. PROPOSTA DE LA MESURA DE PROTECCIÓ LEGAL

8.1. ÀREES DE LA VIDA QUE REQUERIRIEN PROTECCIÓ

Protecció en totes les àrees de la vida.
 Administració dels béns.
 Cura de la salut.
 Promoció de la integració social.
 Altres:

8.2 PROPOSTA DE MESURES DE PROTECCIÓ

<p> INCAPACITAT TOTAL INCAPACITAT PARCIAL </p>	<p> ÀMBITS PERSONALS PER ALS QUALS HAURIA D'ESTAR FACULTADA LA PERSONA TUTORA Accedir a informació mèdica i prestar consentiment amb l'informe corresponent. Supervisar el compliment dels tractaments mèdics o farmacològics. Sol·licitar l'accés als serveis socials en nom de la persona declarada incapaç. Representar la persona afectada en diferents actes administratius. Accedir al seu domicili en situacions de risc per a la mateixa persona o per a tercers. Altres: </p> <p> ÀMBITS PATRIMONIALS PER ALS QUALS HAURIA D'ESTAR FACULTADA LA PERSONA TUTORA Actes d'administració patrimonial (totalment / parcialment:). Garantir un import mensual del qual la persona declarada incapaç parcialment podrà disposar lliurement (especificar-ho). Altres: </p>
<p>CURATELA</p>	<p> COMPLEMENT DE LA CAPACITAT EN ELS ACTES QUE MARCA EL CODI CIVIL (en cap cas supleix la persona tutelada) Prodigalitat. Actes establerts a l'art. 212 CF: Altres: </p>

**8.3. EN CAS D'HAVER-N'HI, PERSONES O ENTITATS QUE S'HAN MANIFESTAT
DISPOSADES A ASSUMIR ELS CÀRRECS TUTELARS:⁷**

Nom:

En cas de ser familiar, parentiu:

Nom de l'entitat:

Domicili:

Telèfon: Adreça electrònica:

Nota: adjunteu la documentació del compromís sempre que sigui possible.

9. PROFESSIONALS QUE HAN PARTICIPAT EN L'ELABORACIÓ DE L'INFORME

Noms i cognoms	Professió ⁸	Entitat	Signatura
----------------	------------------------	---------	-----------

Data:

⁷ En cas de rehabilitació de la pàtria potestat dels pares, especifiqueu-ho també.

⁸ En el cas del personal mèdic, cal especificar, de forma clara, el número de col·legiat/ada.

10. ASPECTES RELACIONATS AMB EL SEGUIMENT DEL CAS

Data de la petició de l'informe a Fiscalia: Data de lliurament de l'informe:

Informe a iniciativa del centre/servei: Data de lliurament:

Emès per:

Treballador/a social

Treballador/a social. Equip d'incapacitacions

Altres professionals (especifiqueu quins):

EXPEDIENT OBERT EN DATA:

CITACIONS PER A L'ENTREVISTA INDIVIDUAL:

<u>Persones esmentades</u>	Data	<u>Hi acudeix</u>		<u>Contacte telefònic</u>	
		SÍ	NO	SÍ	NO

ALTRES (especifiqueu-los):

CONTACTE AMB ALTRES SERVEIS:

Serveis socials bàsics:

Centres d'atenció primària de salut:

Centre de salut mental d'adults:

Centre de salut mental infantil-juvenil:

Hospital:

Residència assistida:

Centre sociosanitari:

Anàlisi de l'expedient a Fiscalia:

Entrevistes despatx:

Altres (especifiqueu-los):

OBSERVACIONS:

11. RELACIÓ DE LA DOCUMENTACIÓ ADJUNTADA

Nom i cognoms:

De la documentació següent, indiqueu la que ha estat lliurada en aquest cas:

IDENTITAT	Fotocòpia del DNI Fotocòpia d'altra documentació identificativa Certificat literal de naixement
HABITATGE	Certificat d'empadronament Contracte d'arrendament Escriptura de l'habitatge habitual
ALTRES DADES DE SALUT I ASPECTES FUNCIONALS	Certificat de discapacitat actualitzat Informe/s mèdic/s elaborat/s per personal mèdic col·legiat
ASPECTES SOCIALS	Informe social de serveis socials bàsics Documentació acreditativa del parentiu de la persona que fa la sol·licitud Llibre de família Partida de matrimoni Partida de defunció Fotocòpia del DNI o d'altra documentació identificativa
ASPECTES ECONÒMICS	Relació de béns i ingressos Pensions Comptes corrents
REFERENTS	Document de compromís de la persona física o jurídica disposada a acceptar el càrrec tutelar
ALTRES DOCUMENTS	Especifiqueu-los: