

Modulo Controllo delle competenze Addetta/addetto alle cure sociosanitarie CFP

Competenza operativa 2.4: Assiste i clienti nell'assunzione di cibi e bevande.

Azienda di tirocinio

Reparto

Semestre

Persona in formazione

Data+ora dello svolgimento

Formatore

Qualifica: Inf.

OSS

Criteria di valutazione	Osservazioni	Punti
Preparazione e follow-up del compito <ul style="list-style-type: none">• Si procura tutte le informazioni necessarie per lo svolgimento del compito• Prepara tutto il materiale in modo completo• Allestisce il posto di lavoro in modo ergonomico e organizza il processo su questa base• Riordina il posto di lavoro secondo le direttive aziendali• Pulisce e smaltisce il materiale in modo competente		
Svolgimento: capacità <ul style="list-style-type: none">• Si attiene alle istruzioni per la somministrazione di medicinali• Considera l'importanza di consumare un pasto in comune e dei rituali• Promuove l'autonomia dei clienti• Rispetta le abitudini dei clienti per quanto riguarda l'assunzione di cibi e bevande• Identifica i bisogni dei clienti e sa dare delle risposte• Osserva come i clienti mangiano e bevono e comunica le proprie osservazioni• Effettua il bilancio delle bevande e comunica i risultati• Considera l'importanza di avere un ambiente disteso Svolgimento: attitudini <ul style="list-style-type: none">• Dimostra empatia• È affidabile• Lavora con precisione• Rispetta culture e religioni• È attento		
Sicurezza sul lavoro e protezione della salute <ul style="list-style-type: none">• Rispetta le norme di sicurezza sul lavoro e di protezione della salute		

Calcolo della nota Controllo delle competenze

	Punti ottenuti	Ponderazione	Punti ponderati
Preparazione e follow-up*		1 volta	
Svolgimento*		3 volte	
Sicurezza sul lavoro e protezione della salute*		3 volte	
Totale punti			

Nota controllo delle competenze*	
---	--

* Per la ripartizione dei punti e la scala delle note vedi pagina seguente

Obiettivi e misure di sostegno

Obiettivi	Misure di sostegno	Data limite	Responsabilità

Data Firma persona in formazione**

Data Firma formatore

Data Firma del rappresentante legale (per persone in formazione minorenni)

** Con la sua firma la persona in formazione conferma di aver preso atto di queste