

“R.S.A. DE RODOLFI”
Vigevano via Bramante (Centralino 0381/23709)

La/Il sottoscritta/o

o p p u r e

La/Il sottoscritta/o

in qualità di della sig.ra/del sig.

residente a

via n.

recapiti telefonici

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA R.S.A. De Rodolfi

N.B. Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'interessato all'ammissione, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo.

Dati anagrafici della persona interessata all'ammissione in R.S.A.

Nome.....Cognome.....

.....data di nascita..... luogo di nascita.....

Residente a

via n.

recapiti telefonici

stato civile n. figli

documento di identità.....

codice fiscale

A.S.L. di appartenenza

tessera sanitaria

Lavoro/i svolto/i.....

Grado di scolarizzazione.....

Dati abitazione:

di proprietà affitto usufruttuario

abitazione indipendente

condominio con ascensore condominio senza ascensore

La seguente domanda è per :

- R.S.A. ricovero lunga degenza R.S.A. ricovero temporaneo
- Centro Diurno Integrato (CDI)

Dati relativi alla richiesta di ammissione

- _ Provenienza della persona: casa NO SI
- _ usufruisce di A.D.I. / Voucher / Altri servizi: NO SI
- _ se si quali.....per un monte ore settimanale di:.....
- _ ricoverato presso
- _ motivo dell'ingresso in R.S.A.:

Dati anagrafici del garante individuato per il pagamento

- Nome Cognome
- grado di parentela con l'ospite
- data di nascita luogo di nascita
- residente a
- via n.
- recapiti telefonici
- codice fiscale

**** Altri referenti per la persona da contattare**

- tutore amministratore di sostegno delegato
- Nome Cognome
- grado di parentela con l'ospite
- data di nascita luogo di nascita
- residente a
- via n.
- recapiti telefonici
- codice fiscale
- Nome Cognome
- grado di parentela con l'ospite
- data di nascita luogo di nascita
- residente a
- via n.
- recapiti telefonici codice fiscale.....

Dati relativi alle risorse economiche dell'interessato all'ammissione

Categoria di pensione percepita/e:

Intestatario di indennità di accompagnamento:

- NO SI Procedimento in corso

Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto

Tipologia:

– a tempo determinato per n. mesi

– a tempo indeterminato

Necessità di ingresso:

- urgente (indicare la motivazione dell'urgenza: _____)
- breve termine (solievo di 30/60 giorni)
- lungo termine

Elenco dei documenti da produrre alla domanda al momento dell'ingresso in struttura:

1. fotocopia della carta di identità
2. fotocopia del codice fiscale
3. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
4. tesserino esenzione ticket
5. carta sanitaria regionale
6. scheda sanitaria allegata
7. copia della nomina di amministratore di sostegno / tutore / delegato
8. copia della documentazione sanitaria (ricoveri ospedalieri, visite specialistiche, esami generici)
9. terapie in corso sottoscritte dal medico di famiglia

Firma del sottoscrittore _____

Informativa e consenso al trattamento dei miei dati personali

In base a quanto disposto dall'art. 13 del D.Lgs. n° 196/2003, sono informato circa il trattamento dei miei dati

personali, ed in particolare che:

a) la finalità del trattamento è la valutazione per l'inserimento in R.S.A. e le procedure amministrative inerenti

l'espletamento delle pratiche di ricovero; i dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici;

b) il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività

di cui sopra;

c) i dati raccolti verranno comunicati ai Servizi competenti della locale A.S.L. e della Regione Lombardia esclusivamente

per la finalità di assolvimento del debito informativo a cui la R.S.A. in quanto accreditata è tenuta;

d) potranno essere esercitati i diritti di accesso ai propri dati, di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/2003;

e) il titolare del trattamento è la R.S.A. sopra indicata.

Firma leggibile Data

IGIENE PERSONALE

- Incapace di provvedere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti
- Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- È capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi

ALIMENTAZIONE

- Deve essere imboccato
- Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
- Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliare la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- Totale indipendenza nel mangiare

CONFUSIONE

- È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive
- È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- È in grado di pensare chiaramente

IRRITABILITÀ

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo

IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi
- Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione
- Mostra ogni tanto segni di irrequietezza
- Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

IL COMPILATORE:

Nome **Cognome**.....

Tel......**In qualità di**.....

Firma

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome dell' assistito.....

M F

Data di nascita Data di compilazione

LEGENDA:

A: assente; **L:** lieve - trattamento facoltativo; prognosi eccellente; **M:** moderata - trattamento necessario; prognosi buona; **G:** grave; è invalidante - trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; **MG:** molto grave – trattamento di emergenza, prognosi grave.

(BARRARE LA CASELLA INTERESSATA)

PATOLOGIE CARDIACHE	A	L	G	M	MG
---------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

IPERTENSIONE (si valuta la severità)	A	L	G	M	MG
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO RESPIRATORIO	A	L	G	M	MG
-----------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe)	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino, ernie, segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

FEGATO	A	L	G	M	MG
--------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

RENE	A	L	G	M	MG
------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali, segnalare anche incontinenza urinaria)	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito)	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

ALTRI PROBLEMI CLINICI

DESCRIZIONE	NO	SI	SE SI INDICARE:
-------------	----	----	-----------------

LESIONI DA DECUBITO	NO	SI	SEDE: STADIO:
---------------------	----	----	------------------

DIALISI	NO	SI	DIALISI PERITONEALE: DIALISI EXTRACORPOREA: FREQUENZA SETTIMANALE DIALISI:
---------	----	----	--

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	NO	SI	O ₂ TERAPIA: VENTILATORE: DURATA ORARIO OSSIGENOTERAPIA:
----------------------------	----	----	---

ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE	NO	SI	SNG: PEG: PARENTERALE TOTALE:
---------------------------	----	----	-------------------------------------

GESTIONE INCONTINENZA	NO	SI	PRESIDI ASSORBENTI: ANO ARTIFICIALE: CATETERE VESCICALE: TIPO CATETERE:
-----------------------	----	----	--

			DATA ULTIMO POSIZIONAMENTO CATATERE:
--	--	--	--------------------------------------

AUSILI PER IL MOVIMENTO	NO	SI	BASTONE E/O DEAMBULATORE: CARROZZINA:
PROTESI	NO	SI	DENTALE: ACUSTICA: OCCHIALI: ALTRO:

DISORIENTAMENTO TEMPO/SPAZIO	NO	SI	NOTE:
---------------------------------	----	----	-------

VAGABONDAGGIO	NO	SI	NOTE:
---------------	----	----	-------

AGITAZIONE PSICO-MOTORIA	NO	SI	NOTE:
--------------------------	----	----	-------

INVERSIONE RITMO SONNO-VEGLIA	NO	SI	NOTE:
----------------------------------	----	----	-------

STATO NUTRIZIONALE INSODDISFACENTE	NO	SI	OBESITA': SOTTOPESO:
---------------------------------------	----	----	-------------------------

ALLERGIE A FARMACI	NO	SI	SPECIFICA:
--------------------	----	----	------------

ALLERGIE AD ALIMENTI	NO	SI	SPECIFICA:
----------------------	----	----	------------

TERAPIA IN ATTO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici, ...). Elencare documentazione prodotta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ALTRE SEGNALAZIONI

- Incontinenza:
- Assente
- Solo urinaria
- Solo fecale
- Doppia
- Gestione incontinenza:
- Presidi assorbenti
- Ano artificiale
- Catetere
- Ausili per il movimento:
- Bastone/deambulatore
- Carrozzina
- Nessuno

Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici, ...). Elencare documentazione prodotta:

Recapito telefonico del Medico

Timbro e
firma del Medico

Da compilarsi per i richiedenti C.D.I.

Richiedo la frequenza:

Da lunedì a venerdì per _____ giorni la settimana

giornata breve giornata lunga

- Somministrazione di farmaci durante le ore di presenza al C.D.I. ?
 Sì No

Con la presente mi impegno a:

- Ritirare la carta dei servizi C.D.I.
- Allegare alla presenta copia della carta d'identità
- Allegare copia codice fiscale e tesserino sanitario
- Allegare esiti degli ultimi esami del sangue (non più vecchi di 6 mesi)
- Allegare copia di elettrocardiogramma (non più vecchi di 6 mesi)
- Allegare elenco dei farmaci che devono essere assunti durante le ore di presenza al C.D.I. firmato o dal medico di famiglia con indicate dosi e orari di somministrazione
- Applicare sulla giacca con la quale si raggiungerà il C.D.I. il nome e cognome

Data _____ Firma _____

❖ Solo in caso il beneficiario fosse impossibilitato a firmare:

il sottoscritto _____ carta d'identità n. _____
rilasciata dal Comune di _____ in qualità di _____
autorizzato dal sig./sig.ra _____

Data _____ Firma _____