

La sottoscritta

oppure

La/Il sottoscritta/o.....

in qualità di..... della sig./ra.....

residente a

via n.

recapiti telefonici

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA R.S.A. VILLA GERLINA

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

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

Dati relativi alla richiesta di ammissione

| | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|----|----|
| provenienza della persona: | casa | NO | SI |
| | beneficiario di buono socio-sanitario | NO | SI |
| | beneficiario di A.D.I./ voucher | NO | SI |

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

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

Intestatario di indennità di accompagnamento: NO SI

Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto

Tipologia: – a tempo determinato per n. mesi
– a tempo indeterminato

Necessità di ingresso: urgente
breve termine
lungo termine

Elenco dei documenti da produrre al momento dell'ingresso nella R.S.A.

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. tessera sanitaria;
6. scheda sanitaria allegata.

Data Firma del sottoscrittore

Per ricevuta ed accettazione: Firma referente R.S.A.

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. Villa Gerlina.

Firma leggibile Data

RELAZIONE ASSISTENZIALE
(da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

Nome dell'assistito

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico.
Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona.
Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento.
Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia.
È indipendente.

DEAMBULAZIONE

Dipendenza rispetto alla locomozione.
Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione.
Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili.
Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto.
Cammina senza aiuto.

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione.
Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano.
Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficili.
Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri.

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.

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.

ALTRE SEGNALAZIONI

Incontinenza:

Assente
Solo urinaria
Solo fecale
Doppia

Gestione incontinenza:

Presidi assorbenti
Ano artificiale
Catetere

Ausili per il movimento:

Bastone/deambulatore
Carrozzina
Nessuno

Il compilatore:

Cognome Nome

in qualità di

Data

Firma.....

Cognome e Nome 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; può essere letale; prognosi grave.

AREA

Gravità

(barrare la casella che interessa come da legenda)

solo per la patologia più grave

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

Diagnosi:
.....

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

Diagnosi:
.....

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

Diagnosi:
.....

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

Diagnosi:
.....

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

Diagnosi:
.....

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

Diagnosi:
.....

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

Diagnosi:

.....

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

Diagnosi:

.....

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

Diagnosi:

.....

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

Diagnosi:

.....

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

Diagnosi:

.....

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

Diagnosi:

.....

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

Diagnosi:

.....

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

Diagnosi:

.....

| Descrizione | NO | SI | Se SI indicare: |
|------------------------------------|----|----|--|
| Lesione da decubito | NO | SI | Sede: Stadio: |
| Dialisi | NO | SI | Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi: |
| Insufficienza respiratoria | NO | SI | Ossigenoterapia: 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 catetere: |
| 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-sveglia | NO | SI | Note: |
| Stato nutrizionale insoddisfacente | NO | SI | Obesità: 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Recapito telefonico del Medico

Firma del Medico

.....