



ASL Bergamo

DOMANDA DI INGRESSO IN R.S.A.

Dati dell'interessato:

Cognome Nome

Sesso F M Stato civile Data di nascita

Luogo di nascita

Residenza in via n. Comune

Prov. C.A.P. Recapito telefonico

Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*)

Carta Regionale dei Servizi – Codice Assistito (*allegare copia*)

Carta d'identità (*allegare copia*) Codice fiscale

Percentuale di invalidità Indennità di accompagnamento Sì No

CHIEDE DI ESSERE INSERITO IN R.S.A. (casa di riposo)

In modo temporaneo In modo definitivo

Dati del familiare di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residenza in via n. Comune

Prov. C.A.P. Recapito telefonico

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì No

Se no, perché

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì No

Se sì, indicare dove e il periodo

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Assistenza Primaria

Sono parte integrante della presente domanda:

1. la scheda sociale (All. A)
2. la scheda sanitaria (All. B)
3. eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile.

- Ai sensi del D.P.R. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.

Addi,.....

Firma dell'interessato

N.B.: per i casi in cui l'interessato non sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione (art.24 D.lgs 196/2003) si richiede al compilatore di integrare di seguito:

Cognome e nome del compilatore della domanda

Firma

Informativa ai sensi del D.lgs. 196/2003

I dati da lei forniti, anche di natura sensibile, saranno trattati, sia a livello cartaceo che informatico, al solo fine di gestire la lista d'attesa per l'ingresso come ospite nella Rsa, il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporta la mancata possibilità di inserimento in lista d'attesa. I dati potranno essere comunicati a terze parti solo per le finalità indicate in precedenza e comunque secondo quanto previsto dai limiti di legge. Il titolare del trattamento è la "Fondazione....." e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs 196/2003.

Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo quanto sopra descritto.

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

Firma

Area riservata alla RSA

Classe SOSIA: _____

Percentuale di invalidità: _____

Indennità di accompagnamento Sì No

Data,

PARENTI REFERENTI

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.

ALTRI FAMILIARI

.....
.....
.....

CONDIZIONI PENSIONISTICHE

Tipo di pensione/i:
Tipo di invalidità:
% di invalidità civile:
Indennità di accompagnamento: Sì No
Esenzione ticket sanitario per:
Pratiche in corso per:

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

- zona isolata (abitazione sita in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)
- zona decentrata (abitazione sita in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

ADEGUATEZZA ABITAZIONE

BARRIERE ARCHITETTONICHE:

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

BAGNO:

- interno
- esterno
- supporti antiscivolo: Sì No

RISCALDAMENTO:

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

MOTIVO DEL RICOVERO

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri?

- Sì
- No

Il sottoscritto.....in qualità di.....dichiara che il/la sig.r/ra non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

Data,

FIRMA



SCHEDA SANITARIA (in allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)
(compilazione a cura del medico di famiglia o di reparto ospedaliero)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO: _____

ANAMNESI:

TIPO DI INVALIDITA': _____

PERCENTUALE di INVALIDITA': %

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO: SI NO

Trasferimento letto sedia

- | Codice | Significato |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico |
| <input type="checkbox"/> 2 | Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona |
| <input type="checkbox"/> 3 | Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona |
| <input type="checkbox"/> 4 | Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia |
| <input type="checkbox"/> 5 | Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento |

Deambulazione

- | Codice | Significato |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Dipendenza rispetto alla locomozione |
| <input type="checkbox"/> 2 | Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione |
| <input type="checkbox"/> 3 | Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili |
| <input type="checkbox"/> 4 | Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto |
| <input type="checkbox"/> 5 | Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego.
Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorre 50 metri senza aiuto o supervisione. |

Locomozione su sedia a rotelle

- | Codice | Significato |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione |
| <input type="checkbox"/> 2 | Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano |
| <input type="checkbox"/> 3 | Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc. |

- 4 Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
- 5 Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

Igiene personale

- | Codice | Significato |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista |
| <input type="checkbox"/> 2 | E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale |
| <input type="checkbox"/> 3 | E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale |
| <input type="checkbox"/> 4 | E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire |
| <input type="checkbox"/> 5 | Totale indipendenza |

Alimentazione

- | Codice | Significato |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente totalmente dipendente, va imboccato. |
| <input type="checkbox"/> 2 | Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva. |
| <input type="checkbox"/> 3 | Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati, |
| <input type="checkbox"/> 4 | Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile |
| <input type="checkbox"/> 5 | Totale indipendenza nel mangiare. |

Confusione-(stato mentale)

- | Codice | Significato |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata |
| <input type="checkbox"/> 2 | E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe |
| <input type="checkbox"/> 3 | Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo |
| <input type="checkbox"/> 4 | E' perfettamente lucido |

Irritabilità

- | Codice | Significato |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Qualsiasi contatto è causa di irritabilità |
| <input type="checkbox"/> 2 | Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare. |
| <input type="checkbox"/> 3 | Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete |
| <input type="checkbox"/> 4 | Non mostra segni di irritabilità ed è calmo |

Irrequietezza (stato Comportamentale)

- | Codice | Significato |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo |
| <input type="checkbox"/> 2 | Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti. |
| <input type="checkbox"/> 3 | Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti. |
| <input type="checkbox"/> 4 | Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità. |

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE ED ESAME OBIETTIVO

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto g.	DIAGNOSI
Patologia cardiaca (solo cuore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ipertensione arteriosa (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino. ernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie epatiche (solo fegato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie renali (solo rene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie psichiatrico - comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ricoveri ospedalieri recenti

SI

NO

Terapia in atto:

Reattività emotiva:

- Collaborante
- E' estraniato dal mondo circostante
- Depressione
- Stato ansioso
- Agitazione con spunti aggressivi

Incontinenza

URINARIA

- a) *assente*
- b) *occasionale*
- c) *abituale*
- d) *catetere a permanenza*

FECALE

- a) *assente*
- b) *occasionale*
- c) *abituale*

Lesioni da decubito:

- assenti*
- iniziali*
- gravi*
- multiple*

(specificare la sede)

Peso kg:

Nutrizione artificiale:

- PEG
- SNG
- NPT

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità?

- SI*
- NO*

Abusa di sostanze alcoliche?

- NO, MAI*
- SI, IN PASSATO*
- SI, ATTUALMENTE*

Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?

- SI*
- NO*

Richiede trattamento riabilitativo?

- SI*
- NO*

specificare:

timbro e firma del Medico di famiglia o di reparto

data _____
