ISTRUZIONI PER PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA - R.S.A.

Si ricorda che la domanda ha validità di 12 mesi, trascorsi i quali - senza essere stati contattati per l'ingresso in struttura - il richiedente dovrà confermare per iscritto di voler mantenere attiva la richiesta. Si chiede inoltre di comunicare tempestivamente l'annullamento della richiesta qualora siano sopraggiunte altre esigenze o soluzioni assistenziali.

DOCUMENTI DA COMPILARE in maniera esaustiva e da firmare ove indicato:

1. **Domanda di ingresso** Può essere compilata dall'interessato, da un familiare di riferimento, dal tutore o amministratore di sostegno.

2. **Scheda di valutazione sociale** Può essere compilata dall'interessato o da un familiare di riferimento o dall'assistente sociale del Comune di residenza/servizio specialistico se coinvolto nella presa in carico.

3. **Scheda sanitaria** Deve essere compilata dal medico di famiglia se la persona si trova al domicilio o il medico di reparto ospedaliero/struttura sanitaria ove l'interessato è ricoverato a cui aggiungere eventuali referti e documenti sanitari recenti.

4 . **Adesione al servizio di lavanderia biancheria personale (solo per ricoveri in regime di solvenza)**

Può essere richiesta all'inserimento o in un secondo momento per iscritto dall'Ospite o dal familiare, tutore o amministratore di sostegno che firmerà una integrazione al contratto di ingresso.

ALLEGATI:

- Nomina tutore o amministratore di sostegno se presente
- Carta di identità interessato
- Tessera sanitaria interessato
- Esenzioni sanitarie interessato e Verbale di Invalidità Civile

L'Assistente Sociale Dott.ssa Silvia Di Pietro riceve su appuntamento nei seguenti giorni ed orari: dal Lunedì al Venerdì ore 10.00/12.00 – 14.00/16.00.

E' contattabile telefonicamente al numero **0363 77022** e tramite e-mail all'indirizzo assistentesociale@casafamigliaspinelli.com

DOMANDA DI INGRESSO

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) _____

N° Carta d'identità (allegare copia) _____

TIPO DI INVALIDITA':_____PERCENTUALE di INVALIDITA': _____%

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO: ☐ SI ☐ NO

CHIEDE DI ESSERE INSERITO: (possono essere opzionati anche entrambi)

☐ IN REGIME DI SOLVENZA Indicare il periodo (richiesto minimo 1 mese): _____

☐ IN RSA ACCREDITATO (COME RESIDENTE FUORI DALLA PROVINCIA DI CREMONA)

Dati della persona di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela _____

Tutela legale (indicare se tutore, amministratore di sostegno, procuratore)

_____

Cognome_____ Nome _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Residenza in via _____n. _____ Comune _____
Prov. _____ C.A.P. _____

Recapito telefonico _____Indirizzo e-mail_____

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Medicina Generale

Sono parte integrante della presente domanda: 1. Scheda di valutazione sociale (All. A) 2. Scheda sanitaria (All. B) 3. Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile se presente 4. Nomina tutore o amministratore di sostegno o procura se presente 5. Documenti di identità dell'interessato (Carta di identità interessato, Tessera sanitaria interessato, Esenzione sanitaria interessato)

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

Data e luogo _____, _____

Firma dell'interessato

_____

N.B.: per i casi in cui l'interessato non sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione si richiede al compilatore di integrare di seguito:

Firma

_____

Qualunque trattamento dei dati e trattamento sanitario necessita del preventivo consenso del paziente. Il consenso informato inteso quale consapevole espressione dell'interessato, secondo la normativa deve essere "personale", "preventivo ed attuale", "scritto", "espresso", "libero", "specifico", "informato", "revocabile"; ciò significa che la persona deve ricevere un'adeguata informativa circa i vantaggi ed i rischi che ogni pratica sanitaria (diagnostica o terapeutica che sia) può comportare, di conseguenza la persona accorderà il suo consenso mediante un apposito modulo. L'art.32 della Costituzione italiana sancisce che nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, in sintonia con il principio fondamentale della inviolabilità della libertà personale (art.13 della Costituzione).

Tutela dei dati personali.

Viene richiesto all'assistito il consenso al trattamento dei propri dati personali anche particolari (art. 9 del Regolamento UE 679/16) limitatamente alle finalità dell'Istituto di ricovero in regime di solvenza .Tutti gli operatori sono tenuti a mantenere la massima riservatezza sulle informazioni riguardanti le condizioni di salute dell'assistito, fornendole le informazioni unicamente al diretto interessato, al soggetto che esercita la protezione giuridica (amministratore di sostegno, tutore, curatore) e in caso di consenso dell'interessato ai familiari o ad altre persone da lui designate nei limiti previsti dalla normativa europea, nazionale e regionale. Il trattamento dei dati avverrà mediante l'adozione di misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio (art. 32 del Regolamento UE 679/16). Il Titolare del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e 24 del Regolamento UE 679/16 è L'Istituto delle Suore Adoratrici del SS Sacramento – Casa Famiglia Padre F. Spinelli. Il Responsabile del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 28 del Regolamento UE 679/16 è Suor Daniela Lazzaroni. Il Responsabile della Protezione dei Dati ai sensi art. 37 del Regolamento UE 679/16 è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Cognome _____ Nome _____

SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE (Allegato A)

NOME _____

COGNOME _____

Scheda compilata dal sig./ra (se familiare o amministratore di sostegno /tutore o procuratore)

_____

Scheda compilata dall'assistente sociale (specificare di quale servizio)

_____

Titolo di studio dell'interessato _____

Attività lavorativa pregressa _____

Hobby/Interessi_____

Nomi dei genitori dell'interessato: _____

INIZIATIVA DELLA DOMANDA

☐ utente stesso ☐ familiari ☐ medico di base ☐ assistente sociale

USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

☐ ADI ☐ SAD ☐ R.S.A. aperta ☐ Assistente familiare privato ☐Altro

INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI

Attualmente la persona vive: ☐ solo/a ☐ con familiari ☐ a casa di altri ☐ in altra struttura
(indicare quale e da quando è ricoverato/a) _____

L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DEL

☐ Tutore ☐ Curatore ☐ Amministratore di Sostegno ☐ Ha in corso la pratica per la nomina di

_____

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

NOME E COGNOME	GRADO DI PARENTELA	ETA'	RESIDENZA

Altri Familiari non conviventi:

_____

_____

_____

Altre figure di riferimento esterne al nucleo familiare:

_____

CONDIZIONI PENSIONISTICHE

Tipo di pensione/i:

_____

Esenzioni sanitarie :

_____

Pratiche in corso per:

_____

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

☐ zona isolata ☐ zona decentrata ☐ centro abitato

ADEGUATEZZA ABITAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE

☐ nessuna ☐ solo esterne ☐ solo interne ☐ esterne ed interne

MOTIVO DEL RICOVERO

☐ stato di salute ☐ isolamento sociale ☐ problemi familiari ☐ problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri? ☐ si ☐ no

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

Luogo_____, Data _____ FIRMA _____

SCHEDA SANITARIA (Allegato B) - compilazione a cura del medico di famiglia o di reparto ospedaliero / riabilitazione

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO:

_____

ANAMNESI:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

AUSILI: L'interessato utilizza ausili? Indicare quali: (es. bastone, deambulatore, carrozzina, bascula)

_____

CONTENZIONI: L'interessato utilizza contenzioni? Indicare quali: (es. fascia addominale, fascia pelvica, spondine letto, fascia a letto, pettorina, sacco letto) _____

Trasferimento letto sedia

☐ Necessarie due persone per il trasferimento del paziente con o senza ausilio meccanico
☐ Il paziente collabora ma è necessario l'aiuto di una persona
☐ Per una o più fasi del trasferimento è necessario il supporto di qualcuno
☐ Occorre una persona costantemente per garantire la sicurezza degli spostamenti
☐ Il paziente è in grado di muoversi in completa autonomia

Deambulazione

☐ Dipendenza rispetto alla locomozione
☐ Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
☐ Necessario aiuto per raggiungere o manovrare gli ausili
☐ Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi di caduta (non riesce a percorrere 50 metri senza aiuti)
☐ Paziente completamente autonomo

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

Igiene personale

 Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
 E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
 E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
 E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
 Totale indipendenza

Alimentazione

 Paziente totalmente dipendente, necessita di essere imboccato.
 Riesce ad utilizzare qualche 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 tagliarsi la carne,aprire confezioni…
 Totale indipendenza nel mangiare.

Stato mentale

 Paziente completamente confuso – comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
 E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
 Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nellospazio e nel tempo
 E' perfettamente lucido

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 ed è calmo

Stato comportamentale

☐ Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
☐ Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, e si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
☐ Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione
☐ Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

Reattività emotiva

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

Incontinenza ☐ Urinaria ☐ Fecale **Utilizza presidi assorbenti?** Indicare quali (tipologia pannoloni, traverse..)_____

Lesioni da decubito (specificare la sede) ☐ assenti ☐ iniziali ☐ gravi ☐ multiple

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

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE

	Diagnosi
Patologia cardiaca	
Ipertensione arteriosa	
Patologie vascolari	
Patologie respiratorie	
Patologie O.O.N.G.L.	
Patologie dell'apparato G.I. superiore	
Patologie dell'apparato G.I. inferiore	
Patologie epatiche	
Patologie renali	

Patologie genito - urinarie	
Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute	
Patologie endocrine, metaboliche	
Patologie psichiatrico-comportamentali	

Ricoveri ospedalieri recenti : ☐ SI ☐ NO

Specificare periodo e motivazioni:_____

Terapia in atto:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Allergie note:

_____
_____

Vaccinazioni recenti (indicare tipologia, date della somministrazione, N. lotto e allegare certificazioni rilasciate dal centro vaccinale):_____

N.B. SI CHIEDE DI ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE (ULTIMI RICOVERI, ESAMI MEDICI, VISITE SPECIALISTICHE…).

Data_____ Timbro e firma del Medico di Famiglia o di reparto

_____