DOMANDA DI INGRESSO

- ☐ IN RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani) IN REGIME DI SOLVENZA
- ☐ IN RSD (Residenza Sanitaria per persone con disabilità)

RELATIVA AL/LA SIG./RA:

COGNOME _____

NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____ (_____) IN VIA _____

CODICE FISCALE _____

PRESENTATA DA:

COGNOME _____

NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____ (_____) IN VIA _____

TELEFONO _____ E-MAIL_____

IN QUALITA' DI (indicare se parente o tutore, amministratore di sostegno, procuratore)

_____

IN DATA _____

IL RICHIEDENTE DICHIARA QUANTO SEGUE:

DOVE SI TROVA
l'interessato al momento di presentazione della domanda (domicilio, H, struttura ecc) si trova:
_____

STATO CIVILE

☐ celibe/nubile
☐ coniugato con _____
☐ vedovo di _____
☐ separato ☐ divorziato

RETE PARENTALE

☐ GENITORI madre ☐ in vita ☐ deceduta
padre ☐ in vita ☐ deceduto
☐ FRATELLI / SORELLE n. _____ maschi n. _____ femmine
☐ FIGLI n. _____ maschi n. _____ femmine
☐ ALTRI PARENTI DI RIFERIMENTO (nipoti, cugini, cognati...) _____

TUTELA GIURIDICA

☐ SI (specificare se ADS/TUTORE/CURATORE) _____
☐ NO
☐ Pratica in corso

INVALIDITA' CIVILE

☐ SI _____% ☐ NO ☐ IN CORSO - ACCOMPAGNAMENTO ☐ SI ☐ NO

PARENTI/PERSONE DI RIFERIMENTO (in ordine di priorità)

1- Sig.ra _____ in qualità di _____,
telefono _____ email _____
2- Sig.ra _____ in qualità di _____,
telefono _____ email _____
3- Sig.ra _____ in qualità di _____,
telefono _____ email _____
4- Sig.ra _____ in qualità di _____,
telefono _____ email _____

EVENTUALI SERVIZI/OPERATORI DI RIFERIMENTO

Ospedale/IDR di _____ Dott/AS. _____ telefono _____

MMG: Dott. _____ di _____ telefono _____

Servizi sociali Comune di _____ AS _____ telefono _____

CPS di _____ Dott/AS. _____ telefono _____

Altro _____

ALLEGA:

- ☐ Scheda sanitaria
- ☐ Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile se presente
- ☐ Nomina tutore o amministratore di sostegno o procura se presente
- ☐ Carta di identità interessato
- ☐ Tessera sanitaria interessato
- ☐ Esenzione sanitaria interessato
- ☐ Carta di identità di chi presenta la domanda

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, i dati personali e i dati particolari (art. 9 del Regolamento UE 679/16) forniti, sono raccolti unicamente per la seguente finalità: presentazione domanda di ammissione alla RSA per assistito proveniente da fuori dalla Provincia di Cremona.
I dati verranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/16.
L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione).
La natura del conferimento dei dati non è facoltativa bensì obbligatoria. Un eventuale rifiuto al conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di dare seguito alla presente domanda che pertanto è inammissibile e irricevibile da parte dell'Istituto delle Suore Adoratrici del SS. Sacramento – Casa Famiglia Padre F. Spinelli.
Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei e l'Azienda mette in atto adeguate misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.
Il Titolare del Trattamento 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 per l'Azienda ai sensi art. 4 comma 8 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
Con la sottoscrizione il richiedente presta consenso informato al trattamento dei dati personali e particolari.

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 del richiedente

_____

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:

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.

Data e luogo _____, _____

Firma del richiedente

_____

SCHEDA SANITARIA

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)

_____

<u>Trasferimento letto sedia</u>

☐ 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

<u>Deambulazione</u>

☐ 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 sottosupervisione 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 nello spazio 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 alzain piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
☐ Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione
☐ Non mostraalcun 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..)
_____

Forniture di presidi già attive con ATS ☐ sì ☐ no

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:

Farmaco	Posologia	Orari di assunzione

Allergie note:
_____
_____

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

Altro di rilevante da segnalare
_____

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

_____