



FONDAZIONE CASA DI RIPOSO S. GIUSEPPE ONLUS
Largo della Vittoria, 20 - Isola Dovarese (CR)

DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN RSA

Generalità della persona che richiede di essere accolta in RSA

COGNOME _____ NOME _____ SESSO M F

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____ CAP _____

CITTA' _____ CITTADINANZA _____

C.F. _____ COD. SANITARIO _____

TESSERA ESENZIONE TICKET _____

STATO CIVILE : celibe/nubile coniugato/a separato/a divorziato/a vedovo/a

Assegno di accompagnamento _____ TITOLO DI STUDIO _____

Il sottoscritto in qualità di

___ Familiare di riferimento _____

___ Amministratore di Sostegno

___ Tutore

___ Curatore

___ Altro _____

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____ CAP _____

VIA _____ C.F. _____

TEL.1 _____ TEL. 2 _____ TEL. 3 _____

Il sottoscritto dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato e che, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla R.S.A. l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.)

Firma della persona o del richiedente

Data _____

Motivo della domanda

- ___ persona non autonoma
 - ___ vive solo
 - ___ alloggio non idoneo
 - ___ difficoltà familiari
 - ___ altro
-

La persona attualmente vive presso:

- | | | |
|----------------------------|--|-----------------------------------|
| Abitazione | <input type="checkbox"/> propria | <input type="checkbox"/> di terzi |
| Ospedale | <input type="checkbox"/> (Specificare) | _____ |
| Istituto di riabilitazione | <input type="checkbox"/> (Specificare) | _____ |
| RSA (Casa di Riposo) | <input type="checkbox"/> (Specificare) | _____ |
| Struttura psichiatrica | <input type="checkbox"/> (Specificare) | _____ |
| Altra struttura | <input type="checkbox"/> (Specificare) | _____ |
| Altro | <input type="checkbox"/> (Specificare) | _____ |

L'anziano usufruisce attualmente di

- | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Invalidità civile | <input type="checkbox"/> SI | (% CODICE) | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> IN ATTESA |
| Assegno di accompagnamento | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> IN ATTESA | |
| Assistenza Domiciliare Sociale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | | |
| Assistenza Domiciliare Sanitaria | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | | |

Protesi ad ausili in uso

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| ___ Deambulatore | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> A.T.S. |
| ___ Carrozzina | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> A.T.S. |
| ___ Materassino antidecubito | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> A.T.S. |
| ___ Cuscino antidecubito | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> A.T.S. |
| ___ letto ortopedico | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> A.T.S. |
| ___ presidio per incontinenza | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> A.T.S. |
| ___ altre | | |

INFORMAZIONI SULL'AUTONOMIA DELLA PERSONA

La persona è capace di spostarsi autonomamente dal letto alla sedia e viceversa?

- No, non è in grado. Richiede la completa assistenza da *due* persone
- E' necessaria la completa assistenza di *una* persona per *tutte* le fasi della manovra
- Per una o più fasi del trasferimento è necessaria l'assistenza di una persona
- Occorre la presenza di una persona, ma solo per infondere fiducia o garantire sicurezza
- E' completamente autonoma

La persona è in grado di camminare da solo almeno per 50 metri?

- No, non è in grado
- E' in grado, ma è necessaria la presenza costante di una o più persone
- Serve aiuto, ma solo per raggiungere il bastone o altri ausili
- E necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
- Sì, percorre almeno 50 metri senza aiuto o supervisione (non importa se con il bastone o un altro ausilio)

Se non cammina, è in grado di manovrare da solo la sedia a rotelle?

- No, non è in grado
- Sì, ma solo per brevi tratti e su superficie piana
- Serve aiuto solo per accostarsi al tavolo o al letto
- Serve aiuto solo negli spazi più angusti
- E' totalmente autonoma

La persona è in grado di provvedere da solo alla propria igiene?

- No, non è in grado. E' completamente dipendente dagli altri
- E' necessario aiutarlo in *tutte* le fasi dell'igiene personale
- E' necessario aiutarlo solo in alcune fasi dell'igiene personale
- E' in grado, ma richiede solo un minimo di assistenza prima o dopo l'operazione da eseguire
- E' completamente autonoma

La persona è in grado di alimentarsi autonomamente?

- No, non è in grado. Va imboccato o è nutrito per altre vie (nutrizione enterale o parenterale)
- Riesce a manipolare una posata, ma è necessaria assistenza attiva per tutto il pasto
- Serve assistenza per gli atti più complicati, come versare il latte o lo zucchero nel thé, aggiungere sale o pepe, imburrare, rovesciare un piatto
- Serve aiuto solo per tagliare la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli.
- E' completamente autonoma

La persona è confusa?

- Sì, le capacità di pensiero sono completamente destrutturate
- Appare chiaramente confusa e non si comporta, in alcune situazioni, come dovrebbe
- Appare incerta e dubbiosa, ma sembra ancora orientata nel tempo e nello spazio
- La persona è in grado di pensare chiaramente e ha contatti normali con l'ambiente

La persona è particolarmente irritabile?

- Sì, sempre.
- Si irrita facilmente, anche in occasioni o per stimoli che non dovrebbero essere provocatori
- Si irrita solo se provocato e se gli vengono rivolte domande indiscrete
- No, è sempre calma

La persona è fisicamente irrequieta?

- Sì, è incapace di stare fermo anche per brevi periodi di tempo o cammina incessantemente
- E' molto irrequieto: non riesce a stare seduto, contorce le mani, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano
- Si agita, gesticola, ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
- La persona non mostra alcun segno di irrequietezza motoria;

ALTRE INFORMAZIONI SOCIALI

Autonomia nelle attività strumentali

	<i>Autonomo</i>	<i>Riceve aiuto</i>	<i>Non in grado</i>
Uso del telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare acquisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cucinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia della casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare il bucato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spostarsi con i mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assumere farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maneggiare denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'anziano esce di casa? SI (solo accompagnato) NO

Altre notizie utili al ricovero

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Consenso del richiedente il ricovero per il trattamento dei dati personali (art. 10 legge 675/96)

Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96, acconsente al trattamento dei dati personali sopra indicati al solo scopo dell'inserimento presso una RSA

Data _____

Firma _____

**DOMANDA UNICA
DI INSERIMENTO IN RSA**
**INFORMAZIONI SANITARIE
(a cura del medico curante)**

 Cognome e nome della persona

Nato/a il

a

 Data Compilazione

Patologie presenti e giudizio di gravità

	1	2	3	4	5
	<i>Assente</i>	<i>Lieve</i>	<i>Moderato</i>	<i>Grave</i>	<i>Molto grave</i>
Patologie cardiache					
Ipertensione arteriosa					
Patologie vascolari					
Patologie respiratorie					
Vista, udito, naso, gola, laringe					
Apparato gastroenterico superiore					
Apparato gastroenterico inferiore					
Patologie epatiche					
Patologie renali					
Altre patologie genito-urinarie					
Sistema muscolo-scheletrico e Cute					
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze)					
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici)					
Patologie psichiatrico-comportamentali (incluse le demenze)					

Problemi clinici prevalenti

.....

.....

.....

.....

Terapia farmacologica in corso

.....

.....

.....

.....

Allergie a farmaci

.....

.....

Anomalie del comportamento

	Si	No
Ansia		
Depressione		
Deliri o allucinazioni		
Agitazione psico-motoria diurna		
Agitazione psico-motoria notturna		
Deambulazione incessante		
Affaccendamento afinalistico		
Inversione del ritmo sonno-veglia		
Aggressività		
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive		

Altre informazioni sanitarie

	Si	No
Alimentazione artificiale		
Disfagia – Altri disturbi della deglutizione		
Nutrizione artificiale enterale		
Con sondino naso gastrico		
Con gastrostomia (PEG) o digiunostomia		
Nutrizione parenterale totale		
Terapia dialitica		
Il paziente è in dialisi?		
Dialisi peritoneale automatica o manuale		
Dialisi extracorporea ambulatoriale		
Assistenza respiratoria		
E' presente insufficienza respiratoria?		
Ossigeno occasionalmente		
Ossigeno almeno 6 ore al giorno		
Ossigenoterapia continua		
Tracheostomia		
Ventilazione meccanica invasiva o non invasiva		
Diabete mellito		
Il paziente è affetto da diabete mellito?		
E' trattato con la sola dieta		
Farmaci antidiabetici orali		
Insulina		
Lesioni cutanee		
Il paziente ha ulcere da decubito?		
Sacrali o trocanteriche		
Arti inferiori o altre sedi		
Il paziente ha ulcere vascolari?		
Continenza vescicale o fecale		
Presidi per incontinenza		
Catetere vescicale a permanenza		
Cateterismo intermittente con Nelaton		
Enterostomia, colostomia, ureterocutaneostomia		

Recapiti telefonici del medico curante

.....
.....

Timbro e firma del medico