

Spett.le RSA
FONDAZIONE FERRARIO - Vanzago

DOMANDA DI INSERIMENTO IN RSA

Il/La sottoscritto/a

Residente in Cap Via Nr. Tel.

Cell. E-Mail

chiede il ricovero presso la Vostra RSA

del Sig./ra

Nat.... a il Stato civile

Codice fiscale Nr. tessera sanitaria

Residente in Prov. Cap

Via/Piazza

Telef. nr. /

che liberamente e senza coercizione ne ha espresso la specifica volontà.

.....
(Firma)

.....
(Grado di parentela)

....., lì

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d), nonché art. 26 del D.lgs. 196/2003, presta il suo consenso per la conservazione ed il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle attività istituzionali della Fondazione Ferrario, per le esigenze di Autorità Sanitaria, di Pubblica Sicurezza ed Autorità Giudiziaria.

Firma leggibile

COME È VENUTO A CONOSCENZA DELLA STRUTTURA:

- Assistente Sociale /Asl
 Passaparola
 Internet
 Altro _____

MOTIVO DELLA DOMANDA:

- Ha perso l'autonomia fisica/psichica
 La famiglia non è in grado di provvedere
 Vive solo
 L'alloggio è inadeguato
 Altro _____

PROVENIENZA OSPITE:

- Soggetto che accede alla struttura direttamente dal domicilio
 Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica
 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) accreditata
 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) non accreditata
 Soggetto in dimissione da Istituto di riabilitazione
 Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia (C.D.I. – ricovero a pagamento - ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento)
 Soggetto dimesso da altra struttura (C.D.I. - ricovero a pagamento - ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento in altre RSA)
 Altro _____

SOGGETTO CON BUONO SOCIO – SANITARIO:

- SI NO NO (in lista di attesa)

SOGGETTO CON ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO:

- SI NO (domanda presentata) NO

SOGGETTO CHE USUFRUISCE DI ADI (Assistenza Domiciliare Integrata):

- SI NO

La domanda di inserimento in Rsa dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

1. **SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA – ASSISTENZIALE** secondo lo schema allegato (a cura del Medico Curante)
2. **CERTIFICATO DI EVENTUALE RISCONTRO DI DEMENZA SENILE** RILASCIATO DA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA O SPECIALISTA COMPETENTE
3. **ESAMI DI LABORATORIO** VDRL-TPHA-HBSAG-HCV-COPROCULTURA (ove disponibili)
4. **NR. TRE FOTO** FORMATO TESSERA RECENTI
5. **DICHIARAZIONE DELLA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE** secondo lo schema allegato
6. **INFORMATIVA RESA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI** D.LGS. NR. 196/2003
7. **CERTIFICATO DI RESIDENZA** O DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI RESIDENZA (per i residenti da almeno cinque anni nei Comuni di Vanzago, Pogliano M., Pregnana M.)
8. **PER I SOGGETTI CON RESIDENZA ANAGRAFICA EXTRAREGIONE LOMBARDIA, IMPEGNATIVA AL PAGAMENTO DELLE SPESE SANITARIE** RILASCIATA DALL'ASL DI RESIDENZA

DOMANDA DI INSERIMENTO IN RSA

Sez. INFORMAZIONI SANITARIE

SCHEMA di VALUTAZIONE SANITARIA - ASSISTENZIALE

Compilazione a cura del Medico Curante

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| 1 | Cognome | |
| 2 | Nome | |
| 3 | Data di nascita | |
| 4 | Luogo di nascita | |
| 5 | Codice sanitario (Tessera sanitaria) | |
| 6 | Esenzioni patologia cod. | 1 _____ 2 _____ 3 _____ |
| 7 | Esenzione invalidità % e n°cod. | |

INDICE MOBILITA'

| | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Trasferimenti letto/sedia | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

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

| | | | | | |
|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Deambulazione | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

| Codice | Significato |
|--------|--|
| 1 | Dipendenza rispetto alla locomozione |
| 2 | Necessaria la presenza costante di una o più persone la deambulazione |
| 3 | Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili |
| 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 |
| 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 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

| Codice | Significato |
|--------|--|
| 1 | Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione |
| 2 | Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano |
| 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 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
|-------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

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

| | | | | | |
|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Alimentazione | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

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

INDICATORE : COGNITIVA' E COMPORAMENTO

| | | | | |
|-------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Confusione | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

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

| | | | | |
|---------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Irritabilità | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
|---------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

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

| | | | | |
|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Irrequietezza | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

| Codice | Significato |
|---------------|---|
| 1 | Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo |
| 2 | Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti |
| 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 |
| 4 | Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità |

INDICATORE: COMORBILITA'

| Codice | Significato |
|--------|-------------|
| 1 | Assente |
| 2 | Lieve |
| 3 | Moderata |
| 4 | Grave |
| 5 | Molto grave |

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cardiaca (solo cuore) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Ipertensione (si valuta la severità gli organi coinvolti sono considerati separatamente) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |



| | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Apparato G.I. inferiore (intestino, ernie) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Epatiche (solo fegato) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Renali (solo rene) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |



| | | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Sistema muscolo scheletrico, cute(muscoli, scheletro, tegumenti) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Endocrine – metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Psichiatrico – comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |
| Diagnosi | | | | | |

TERAPIA IN ATTO: _____

INDICATORE: PROFILI DI GRAVITA'

| | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Lesioni da decubito Dal secondo stadio NPUAP in poi | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Catetere urinario permanente | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Cadute negli ultimi sei mesi Anche senza conseguenze | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Numero cadute negli ultimi sei mesi | | |
| Contenzione fisica permanente Escluse le sponde al letto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

INDICATORE : AUSILI PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI IN USO

| | | |
|------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| AUSILI PER MOVIMENTO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Bastone/Gruccia/deambulatore | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Arto artificiale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Carrozzina | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| GESTIONE INCONTINENZA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Presidi assorbenti/catetere esterno | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Catetere | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Ano artificiale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| GESTIONE DIABETE | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Solo dieta | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Antidiabetici | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Insulina | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

| | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Sondino N.G. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| P.E.G | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Nutrizione Parenterale Totale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| INSUFFICIENZA RESPIRATORIA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| O2 per 6 ore | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| O2 costante | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Respiratore artificiale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-----------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| DIALISI | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dialisi Peritoneale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dialisi extracorporea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

NOTE AGGIUNTIVE

VISTA

- Normale
- Ipovisus
- Cecità

UDITO

- Normale
- Ipoacusia
- Sordità

DISTURBI LINGUAGGIO

- Si No

ETILISMO

- Si No

PSICHE

- integra agitazione confusione disorientamento

Ansia Si No

Cure psichiatrica Si No

Depressione Si No

Invalidità civile Si No

Tentati suicidi Si No

MALATTIE INFETTIVE / DIFFUSIVE / PSICHIATRICHE

Il soggetto è esente da malattie infettive/diffusive e/o psichiatriche?

- Si No

Diagnosi _____

Data di compilazione

Timbro e Firma Medico Curante

Il/la sottoscritto/a _____

Figlio/a del/della Sig./Sig.ra _____

dichiaro

qui di seguito la composizione del nucleo familiare limitatamente ai parenti ed affini di 1° e 2° grado

| COGNOME | NOME | Nato/a a | Nato/a il |
|---------|-------|----------|-----------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

In fede

Vanzago, _____

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d), nonché art. 26 del D.lgs. 196/2003, presta il suo consenso per la conservazione ed il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle attività istituzionali della Fondazione Ferrario, per le esigenze di Autorità Sanitaria, di Pubblica Sicurezza ed Autorità Giudiziaria.

Firma leggibile _____