

La/Il Sottoscritta/o _____

in qualità di _____ della Sig.ra/del Sig _____

residente a _____

Via _____ n° _____

Recapiti telefonici _____

Indirizzo E-mail _____

Presenta domanda di ammissione presso la R.S.A.

- RSA Pia Famiglia sita in Via Indipendenza n. 30 a Rivanazzano Terme (PV)

Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'interessato all'ammissione, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo.

Dati anagrafici della persona interessata all'ammissione in R.S.A.

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____

Via _____ n. _____

Recapiti telefonici _____

Stato civile _____ n. figli _____

Documento di identità _____

Codice fiscale _____

A.T.S. di appartenenza _____ Tessera sanitaria _____

Retta Giornaliera:

- €. 72.00 posto Letto Accreditato a contratto – Utenza Tipica
- €. 75.00 posto Letto Accreditato a Contratto – Nucleo Alzheimer

IVA non dovuta ai sensi Art. 10 comma 21 DPR 26/10/72 n. 633

Dati relativi alla richiesta di ammissione

- Provenienza della persona: Casa NO SI
Beneficiario di buono socio-sanitario NO SI
Beneficiario di A.D.I./ voucher NO SI
- Ricoverato presso: _____
- Motivo dell'ingresso in R.S.A.: _____

Altri famigliari o persone di riferimento

Cognome e Nome	Grado di parentela	Indirizzo	Recapito Telefonico

Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento

Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.) ai sensi della Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento"	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nomina Fiduciario ai sensi dell'art. 1 comma 3 Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento"	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Dati relativi alle risorse economiche dell'interessato all'ammissione

Indennità di accompagnamento:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pensione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Altro:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto

- Tipologia: A tempo determinato per n. mesi _____
 A tempo indeterminato

- Necessità di ingresso: Urgente
 Breve termine
 Lungo termine

Situazione abitativa

- Con chi vive: Solo
 Coniuge
 Figlio/i
 Altri parenti
 Assistente familiare
 Altro

Elenco dei documenti da produrre al momento dell'ingresso nella R.S.A.

1. Fotocopia della carta di identità dell'ospite / permesso di soggiorno se cittadino extracomunitario in corso di validità
2. Fotocopia della carta di identità del parente di riferimento o del Garante
3. Fotocopia del codice fiscale dell'Ospite e del parente di riferimento
4. Fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
5. Nomina amministratore di sostegno, tutore legale o fiduciario
6. Tesserino esenzione ticket
7. Tessera sanitaria
8. Scheda sanitaria allegata
9. Certificazione Stato Vaccinale
10. Certificazione Demenza nel caso di ingresso in Nucleo Alzheimer, rilasciata da specialista in geriatria o neurologia.

Data _____

Firma del richiedente _____

Per ricevuta ed accettazione:

Firma referente R.S.A. _____

Nome dell'assistito _____

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia
- È indipendente

DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- Cammina senza aiuto

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, ecc.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri

IGIENE PERSONALE

- Incapace di provvedere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti
- Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- È capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi

ALIMENTAZIONE

- Deve essere imboccato
- Riesce a manipolare una 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 tagliare la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- Totale indipendenza nel mangiare

CONFUSIONE

- È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive
- È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- È in grado di pensare chiaramente

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, è calmo

IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi
- Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione
- Mostra ogni tanto segni di irrequietezza
- Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

ALTRE SEGNALAZIONI

- **Incontinenza:**
 - Assente
 - Solo urinaria
 - Solo fecale
 - Doppia
- **Gestione incontinenza:**
 - Presidi assorbenti
 - Ano artificiale
 - Catetere
- **Ausili per il movimento:**
 - Bastone/deambulatore
 - Carrozzina
 - Nessuno

Il compilatore:

Cognome _____ Nome _____

In qualità di _____

Data _____

Firma _____

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito _____

Data di nascita _____

Data di compilazione _____

LEGENDA

A: assente; **L:** lieve - trattamento facoltativo; prognosi eccellente; **M:** moderata - trattamento necessario; prognosi buona; **G:** grave; è invalidante - trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; **MG:** molto grave- trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA	GRAVITA'
(barrare la casella che interessa come da legenda)	

Solo per la patologia più grave

PATOLOGIE CARDIACHE	A	L	M	G	MG
---------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi: _____

IPERTENSIONE (si valuta la severità)	A	L	M	G	MG
--------------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi: _____

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi: _____

APPARATO RESPIRATORIO	A	L	M	G	MG
-----------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi: _____

OCCHI / ORL (orecchio, naso, gola, laringe)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi: _____

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi: _____

APPARATO DIGERENTE INFERIORE

(intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)

A**L****M****G****MG**

Diagnosi: _____

FEGATO**A****L****M****G****MG**

Diagnosi: _____

RENE**A****L****M****G****MG**

Diagnosi: _____

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE

(mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria)

A**L****M****G****MG**

Diagnosi: _____

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE

(segnalare anche le ulcere da decubito)

A**L****M****G****MG**

Diagnosi: _____

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)**A****L****M****G****MG**

Diagnosi: _____

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO-METABOLICO

(diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)

A**L****M****G****MG**

Diagnosi: _____

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE

(demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

A**L****M****G****MG**

Diagnosi: _____

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare:
Lesione da decubito	NO	SI	Sede: Stadio:
Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria	NO	SI	Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
Alimentazione artificiale	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza	NO	SI	Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento	NO	SI	Bastone e/o deambulatore: Carrozzina:
Protesi	NO	SI	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
Disorientamento tempo / spazio	NO	SI	Note:
Vagabondaggio	NO	SI	Note:
Agitazione psico-motoria	NO	SI	Note:
Inversione ritmo sonno-veglia	NO	SI	Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
Allergie a farmaci	NO	SI	Specifica:
Allergie ad alimenti	NO	SI	Specifica:

SCHEDA DI RICOGNIZIONE FARMACOLOGICA

DATI IDENTIFICATIVI PAZIENTE

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Sesso _____ Peso: _____ Altezza: _____

Allergie/effetti indesiderati significative ai fini della terapia farmacologica precedenti

No

Non so

Si Specificare quali _____

Intolleranze/allergie a componenti alimentari che possono essere presenti nei farmaci

No

Non so

Si Specificare quali _____

Altre allergie (es. lattice)

No

Non so

Si Specificare quali _____

Informazioni di rilievo	Si	No	Terapia con ossigeno	Si	No
Terapia anticoagulante	Si	No	Utilizzo di prodotti fitoterapici e/o integratori	Si	No
Terapia insulinica	Si	No	Utilizzo di dispositivi medici medicati	Si	No
Terapia ipoglicemizzanti orali	Si	No	Abitudine al fumo	Si	No
Terapia oppioidi	Si	No	Consumo di alcool	Si	No
Terapia antiepilettica	Si	No	Alimenti abituali in dosi elevate (es. caffè the ecc.)	Si	No
Terapia immunosoppressiva	Si	No	Altro specificare: _____ _____ _____		

SCHEMA DI RICOGNIZIONE/RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA

DATI IDENTIFICATIVI PAZIENTE

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Sesso _____ Peso: _____ Altezza: _____

RICOGNIZIONE			RICONCILIAZIONE			
Nome del Farmaco (principio attivo), dosaggio e forma farmaceutica	Via di somministrazione	Posologia/Orari	Interrompere	Continuare	Modificare	Modifiche da effettuare
Terapia Progresa						
Nuova Terapia (terapia farmacologica prescritta dopo aver correttamente effettuato le fasi di ricognizione/ riconciliazione)						

Conforme al Modello domanda di ammissione in R.S.A. accreditate predisposto in collaborazione con gli Enti gestori.

Trattamento dei dati personali relativi alla domanda di ammissione

Richiamando integralmente il contenuto dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali (MO_PRI_PF_001.00) consegnata unitamente alla presente domanda di ammissione e redatta in base alle previsioni contenute nell'art 13 del Regolamento UE 679/2016 e del D.lgs 101/2018, siamo a comunicarLe che i dati personali contenuti nella domanda di ammissione verranno trattati con la finalità dell'inserimento del nominativo nelle liste di attesa.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO DELL'INTERESSATO

Preso visione dell'informativa Privacy (MO_PRI_PF_001.00), avendone compreso i contenuti e consapevole dei diritti riservati all'Interessato relativi al trattamento dei dati

Io sottoscritto

In qualità di Interessato al trattamento o di

Dell'Interessato

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI PER L'INSERIMENTO NELLE LISTE DI ATTESA

Esprimo il consenso al trattamento dei dati personali da lui indicati e forniti, compresi quelli sensibili, per le finalità di inserimento del nominativo nelle liste di attesa

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Rivanazzano Terme, lì _____

Firma dell'Interessato _____