



(Decreto cost. n. 70639 del 22-12-1997)  
Partita I.V.A. 01748780184

## MODELLO DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapiti telefonici \_\_\_\_\_  
nella qualità di \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_

**PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA RSA**

---

***Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'Ospite, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo***

### **Dati anagrafici dell'ospite**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
recapiti telefonici \_\_\_\_\_



### Altri referenti dell'ospite da contattare

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

grado di parentela con l'ospite: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

Via/Piazza: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapititelefonic: \_\_\_\_\_

---

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

grado di parentela con l'ospite: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

Via/Piazza: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapititelefonic: \_\_\_\_\_

---

### Dati relativi alle risorse economiche dell'ospite

Intestatario di indennità di accompagnamento:                      SI                      NO

### Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto:

- Tipologia:
  - sollievo
  - ordinario:
    - a tempo determinato per \_\_\_\_\_
    - a tempo indeterminato
  
- Necessità di ingresso
  - urgente
  - breve termine
  - lungo termine

## **Elenco dei documenti da produrre al momento dell'ingresso nella RSA:**

1. fotocopia della Carta di identità
2. fotocopia del Codice fiscale
3. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
4. tesserino esenzione ticket
5. tessera sanitaria
6. scheda sanitaria allegata

Data

Firma del sottoscrittore

Per ricevuta ed accettazione  
Nominativo RSA

## **Informativa e consenso al trattamento dei miei dati personali**

In base a quanto disposto nell'art.13 del D.Lgs. n° 196/'03, sono informato circa il trattamento dei miei dati personali, ed in particolare che:

- a) la finalità del trattamento è la valutazione per l'inserimento in RSA i dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici;
- b) il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;
- c) i dati raccolti verranno comunicati unicamente all'ASL ed esclusivamente per la finalità di rendicontazione;
- d) potranno essere esercitati i diritti di accesso ai propri dati, di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/'03
- e) Il titolare del trattamento è la R.S.A. sopra indicata.

Firma leggibile

Data

# DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA MODELLO DI SCHEDA SANITARIA

## RELAZIONE ASSISTENZIALE

*(da compilarsi da parte di chi assiste la persona)*

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.
- E' 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 attendere 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.
- ❑ E' 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 faccia, 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 tagliarsi 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.

## IRRITABILITA'

- ❑ 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 QUALITA' DI**

.....

**DATA**

**FIRMA** \_\_\_\_\_

## RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome Nome assistito \_\_\_\_\_

- M                      - F

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.

<b>AREA</b>	<b>GRAVITA'</b>
-------------	-----------------

*(barrare la casella che interessa)*

solo per la patologia più grave

<b>PATOLOGIE CARDIACHE:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
-----------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>IPERTENSIONE (si valuta la severità):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>APPARATO VASCOLARE: (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>APPARATO RESPIRATORIO:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
-------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

<b>APPARATO DIGERENTE INFERIORE: (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>FEGATO:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
----------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>RENE:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) :</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

## ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare se:
Lesioni da decubito			Sede: Stadio:
Dialisi			Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria			O2 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
Alimentazione artificiale			SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza			Presidi assorbenti: Ano artificiale Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento			Bastone e/o deambulatore Carrozzina
Protesi			Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
Disorientamento tempo/spazio			Note:
Vagabondaggio			Note:
Agitazione psico-motoria			Note:
Inversione ritmo sonno-veglia			Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente			Obesità: Sottopeso:

<b>Allergie a farmaci</b>	NO	SI	Specifica:
---------------------------	----	----	------------

<b>Allergie ad alimenti</b>	NO	SI	Specifica:
-----------------------------	----	----	------------

**TERAPIA IN ATTO**

---

---

---

---

---

**DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE**

1. Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici,.....). Elencare documentazione prodotta:

---

---

---

---

---

---

---

**Recapito telefonico del Medico**\_\_\_\_\_

**Firma del Medico**