

## Allegato 5 :



(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 ( figlio, nipote, tutore etc)  
del sig. /sig.ra .....

#### **PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA RSA RIVA DEL TEMPO**

**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**.....

Nato a .....Il .....

Residente a ..... Via/Piazza..... n. ....

recapiti telefonici.....

Stato civile..... Numero Figli .....

Documento di identità.....

Codice Fiscale.....

ATS di appartenenza.....

Tessera sanitaria.....

**Dati relativi alla richiesta di ammissione dell'ospite**

Provenienza dell'ospite:

- casa      NO      SI
- beneficiario di buono socio-sanitario      NO      SI
- beneficiario di ADI/ voucher :      NO      SI
- ricoverato c/o

Motivo dell'ingresso in RSA:

---

---

---

**Dati anagrafici del garante individuato per il pagamento**

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

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

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

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

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

recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**Altri referenti dell'ospite da contattare**

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

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

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

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

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

recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**Dati relativi alle risorse economiche dell'ospite**

Intestatarario di indennità di accompagnamento:    SI            NO

**Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto:**

**Tipologia**

- sollievo
- ordinario a tempo determinato per \_\_\_\_\_
- ordinario 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

### **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'ATS 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.

Data

Firma

## 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 star.e 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

Generalità di chi assiste la persona:

NOME E COGNOME

IN QUALITÀ DI (parente, tutore, amico etc)

DATA E FIRMA

**RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE**

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

Sesso :

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.

(barrare la casella che interessa per la patologia più grave)

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

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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



<b>(intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)</b>					
--	--	--	--	--	--

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

**ALTRI PROBLEMI CLINICI**

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

*in possesso del medico (lettera di dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici etc)*

---

---

---

---

---

---

---

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

Firma del Medico

## Allegato 5 :



(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 ( figlio, nipote, tutore etc)  
del sig. /sig.ra \_\_\_\_\_

#### **PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA RSA RIVA DEL TEMPO**

**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**.....

Nato a .....Il .....

Residente a ..... Via/Piazza..... n.

recapiti telefonici.....

Stato civile..... Numero Figli .....

Documento di identità.....

Codice Fiscale-----

ATS di appartenenza.....

Tessera sanitaria.....

**Dati relativi alla richiesta di ammissione dell'ospite**

Provenienza dell'ospite:

- casa      NO      SI
  
- beneficiario di buono socio-sanitario    NO      SI
  
- beneficiario di ADI/ voucher :      NO      SI
  
- ricoverato c/o

Motivo dell'ingresso in RSA:

---

---

---

**Dati anagrafici del garante individuato per il pagamento**

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

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

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

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

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

recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**Altri referenti dell'ospite da contattare**

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

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

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

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

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

recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**Dati relativi alle risorse economiche dell'ospite**

Intestatarario di indennità di accompagnamento:    SI            NO

**Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto:**

**Tipologia**

- sollievo
- ordinario a tempo determinato per \_\_\_\_\_
- ordinario 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

### **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'ATS 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.

Data

Firma

## 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 star.e 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

Generalità di chi assiste la persona:

NOME E COGNOME

IN QUALITÀ DI (parente, tutore, amico etc)

DATA E FIRMA

**RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE**

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

Sesso :

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.

(barrare la casella che interessa per la patologia più grave)

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

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

<b>(intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)</b>					
--	--	--	--	--	--

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

**ALTRI PROBLEMI CLINICI**

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

**TERAPIA IN ATTO**

---

---

---

---

---

---

---

---

**DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE**

*in possesso del medico (lettera di dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici etc)*

---

---

---

---

---

---

---

---

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

Firma del Medico