

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 aIl

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)

AREA	GRAVITA'				
-------------	-----------------	--	--	--	--

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

Diagnosi:

IPERTENSIONE (severità):	A	L	M	G	MG
---------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO VASCOLARE:	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:	A	L	M	G	MG
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

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

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 se:
Lesioni da decubito	NO	SI	Sede: Stadio:
Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria	NO	SI	O2 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
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:

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 aIl

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)

AREA	GRAVITA'				
-------------	-----------------	--	--	--	--

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

Diagnosi:

IPERTENSIONE (severità):	A	L	M	G	MG
---------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO VASCOLARE:	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:	A	L	M	G	MG
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

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

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 se:
Lesioni da decubito	NO	SI	Sede: Stadio:
Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria	NO	SI	O2 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
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:

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