

DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A.

SEZIONE 1 – DATI ANAGRAFICI

COGNOME NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ (PROV. _____) DATA _____ ☐ M ☐ F

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ (PROV. _____) IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

PERSONA DI RIFERIMENTO

COGNOME NOME _____

RESIDENTE A _____ (PROV. _____) IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

GRADO DI PARENTELA _____ TELEFONO _____

MAIL _____ ALTRI RECAPITI _____

EVENTUALE TUTORE/ADS

COGNOME NOME _____ TELEFONO _____

CITTA' _____ VIA/PIAZZA _____ N° _____

ATTO DI NOMINA N° _____ DEL TRIBUNALE DI _____

URGENZA DELLA DOMANDA

☐ ESTREMA

☐ ORDINARIA

MOTIVI DEL RICOVERO

☐ STATO DI SALUTE

☐ SOLITUDINE

☐ PROBLEMI FAMILIARI

☐ TRASFERIMENTO

☐ ALLOGGIO NON ADEGUATO

☐ DIMISSIONE DA OSPEDALE

☐ ALTRO _____

SEZIONE 2 – DATI PERSONALI

RICHIESTA PER RICOVERO

- ☐ TEMPORANEO ☐ DEFINITIVO ☐ DIMISSIONE OSPEDALIERA
- ☐ FRAGILITA' COGNITIVA (ALZHEIMER) ☐ DEGENZA ORDINARIA

ESENZIONI

INVALIDITA'

- ☐ IN CORSO ☐ RICONOSCIUTA AL _____ % ☐ RIFIUTATA
- ☐ IN FASE DI ACCERTAMENTO ☐ MAI PRESENTATA

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO

- ☐ SI ☐ NO

SEZIONE 3 – RETE SOCIALE

ATTUALMENTE IL SOGGETTO E'

- ☐ AL PROPRIO DOMICILIO ☐ PRESSO FAMIGLIARI ☐ IN ALTRA STRUTTURA
- ☐ IN OSPEDALE ☐ PRESSO STRUTTURA RIABILITATIVA
- Denominazione Struttura _____

LA RICHIESTA VIENE INOLTATA DA

- ☐ INTERESSATO ☐ PARENTE ☐ ALTRO _____

SEZIONE 4 – SCHEDA SANITARIA (a cura del Medico)

ANAMNESI REMOTA

ANAMNESI PROSSIMA

ALLERGIE A FARMACI, ALIMENTI O ALTRO

TERAPIA FARMACOLOGICA

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

Problemi correlati all'alimentazione/nutrizione	
☐ NESSUNO ☐ DISFAGIA ☐ OBESITA' ☐ MALNUTRIZIONE ☐ RIFIUTO DEL CIBO ☐ SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE	☐ SI ALIMENTA CON AIUTO ☐ COMPLETAMENTE DIPENDENTE ☐ DIETA FRULLATA O OMOGENIZZATA NUTRIZIONE ENTERALE: ☐ SONDINO ☐ PEG ☐ NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE
Diabete mellito	Lesioni cutanee
☐ DIETA ☐ ANTIDIABETICI ORALI ☐ INSULINA	☐ LESIONI DA PRESSIONE ☐ LESIONI VASCOLARI ☐ LESIONI NEUROPATICHE
Linguaggio	Vista e udito
☐ NORMALE ☐ DISARTIA ☐ AFASIA	☐ NON VEDE ☐ DEFICIT CORRETTO CON LENTI ☐ NON SENTI ☐ DEFICIT CORRETTO CON PROTESI
Igiene	Capacità di vestizione/svestizione
☐ AUTONOMO ☐ CON AIUTO ☐ TOTALMENTE DIPENDENTE	☐ AUTONOMO ☐ CON AIUTO ☐ TOTALMENTE DIPENDENTE
Mobilità	Cadute negli ultimi 3 mesi
☐ SI MUOVE DA SOLO ☐ SI MUOVE CON AUSILIO ☐ IN CARROZZINA/BASCULA ☐ ALLETTATO	☐ NESSUNA ☐ 1-3 VOLTE ☐ PIU' DI 3 VOLTE
Terapia riabilitativa	Assistenza respiratoria
☐ NESSUNA ☐ POST ACUTA ☐ DI MANTENIMENTO	☐ OSIIGENO OCCASIONALE ☐ TRACHEOSTOMIA ☐ VENTILAZIONE MECCANICA ☐ INVASIVA
Minzione/evacuazione	
☐ PRESIDI ASSORBENTI ☐ CATETERE VESCICALE ☐ UROSTOMIA	☐ NEFROSTOMIA ☐ STIPSI ☐ ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA
☐ Dialisi peritoneale	☐ Dialisi extracorporea
☐ Radioterapia	☐ Chemioterapia
Disturbi cognitivi e comportamentali	
☐ NESSUNO ☐ PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE ☐ PERDITA DI MEMORIA SERVERA ☐ DISORIENTAMENTO ☐ COMPLETA CONFUSIONE/INCAPACITA' RELAZ. ☐ PROBLEMI DI LINGUAGGIO ☐ DEFICIT DI COMPrensIONE ☐ IRRITABILITA' ☐ IRREQUIETEZZA	☐ AGGRESSIVITA' ☐ DISTURBI DEL SONNO ☐ URLA E LAMENTAZIONI ☐ DISFORIA/EUFORIA/DISINIBIZIONE ☐ STATO D'ANSIA ☐ DEFLESSIONE DEL TONO DELL'UMORE ☐ APATIA ☐ TENTATO SUICIDIO ☐ POTUS

IL SOGGETTO È ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE E/O CONTAGIOSE E PUO' VIVERE IN COMUNITA'?

☐ SI ☐ NO Note: _____

VALUTAZIONE FRAGILITA' COGNITIVA E DEMENZA

PUNTEGGIO CDR _____

PUNTEGGIO MMSE _____

CERTIFICAZIONE CDCD (EX UVA)

☐ SI RILASCIATA IN DATA _____ ☐ NO

EVENTUALI NOTE

INFORMAZIONI MEDICO CURANTE

COGNOME NOME _____ TELEFONO _____

CITTA' _____ VIA /PIAZZA _____ N° _____

MAIL _____

TIMBRO E FIRMA _____

DATA _____

RSA PAOLO BECCARIA

VIA DON ORIONE, 2 - 27050 CERVESINA (PV)

Telefono: **0383 375240**

Email: rsabeccaria@gruppogheron.it
info@rsacervesina.it