

**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 FAMILIARI                       IN ALTRA STRUTTURA
- IN OSPEDALE                       PRESSO STRUTTURA  
RIABILITATIVA                      Denominazione Struttura
- \_\_\_\_\_

### LA RICHIESTA VIENE INOLTATA DA

- INTERESSATO                       PARENTE                       ALTRO \_\_\_\_\_

### PER I RESIDENTI DEL COMUNE DI SENAGO

- CONTRASSEGNARE SE INSERITI IN GRADUATORIA COMUNALE PER POSTI A RISERVA IN CONVENZIONE PRESSO RSA SENAGO

**SEZIONE 4 - INFORMAZIONI IN MERITO ALLA INFEZIONE COVID-19**

IN OTTEMPERANZA ALLE DISPOSIZIONI DEL DPCM 04.03.2020 E DI GRUPPO GHERON IO SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ IN QUALITÀ DI FAMILIARE E/O TUTORE-ADS DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ CHE IL/LA SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_

Nelle due settimane precedenti ha avvertito questi sintomi:			
Febbre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Raffreddore	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Difficoltà a respirare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Alterazione del gusto /olfatto, (non sente i sapori, non sente gli odori)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Congiuntivite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Stato di affaticamento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Se SI in che misura	<b>Pesante</b>	<b>Leggero</b>	<b>Come al solito</b> <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Nelle due settimane precedenti ha avuto contatti con pazienti Covid positivi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Nelle due settimane precedenti ha effettuato tampone o sierologico per Covid 19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Compilazione a cura dell'UFFICIO SEGRETERIA:			
EFFETTUATO TRIAGE COVID-19 <input type="checkbox"/>	IN DATA		
CON ESITO			

Autorizzo al trattamento dei dati personali riportati nella presente domanda limitatamente alle finalità di inserimento nelle liste di attesa ai sensi del GDPR 679/16 e del DLGS 101/18

FIRMA DEL PRESENTANTE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

**SEZIONE 5 – 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. _____ |

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

**PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIA**

IL SOGGETTO È ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE 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 \_\_\_\_\_