

MODULO INFORMAZIONI PER EVENTUALE RICHIESTA INSERIMENTO

IO SOTTOSCRITTO/A

Cognome.....**Nome**.....
 NATO/A A DATA DI NASCITA
 n. cellulare.E-MAIL.....
PARENTE (GRADO).....

DEL SIG./SIG.RA

Cognome**Nome**.....
 NATO/A A DATA DI NASCITA
 RESIDENTE A PROV. C.A.P.....
 VIA N° TEL.....
 DOMICILIATO A VIAN°
 PRESSO

CODICE FISCALE
 CODICE ASSISTITO (n° tessera sanitaria)

INVALIDO CIVILE	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
PRESENTATO DOMANDA	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
CONVENZIONE	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
PRESENTATO DOMANDA	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
CERTIFICAZIONE VERDE	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

NOME DEL TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

..... n° TEL.....

INFORMAZIONI GENERICHE

Situazione familiare: libero/a di stato vedovo/a coniugato/a n° figli.....

Vive con: solo/a coniuge figli badante altro

Assistito da: nessuno coniuge figli badante altro

(specificare)
.....

Provenienza ospite: domicilio ospedale famiglia altra R.S.A.

istituto di riabilitazione altro (specificare)

Cause che hanno determinato la richiesta di accoglienza:

problemi di salute situazione socio-familiare alloggio altro

.....
.....

La persona per la quale si fa richiesta di accoglienza è a conoscenza della propria situazione?

si no

Ha partecipato alla decisione? si no

L'accoglienza è stata proposta/richiesta da
.....

(relazione con l'anziano)

eventuali preferenze o segnalazioni

.....
.....

Come è venuta a conoscenza della nostra struttura?.....

.....
.....

CHIEDO

Che l'anziano/a venga inserito/a nella Vostra R.S.A. essendo lo stesso/a in condizioni di non autosufficienza.

A tal fine autorizzo fin da ora l'R.S.A. a svolgere le opportune indagini sulla situazione sociosanitaria per verificare il grado di non autosufficienza e a raccogliere e trattare i dati necessari alla valutazione collegata all'ammissione al servizio, ai sensi dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data

In fede

DICHIARAZIONE del MEDICO CURANTE

DA ALLEGARE alla DOMANDA di AMMISSIONE in **RSA**

Generalità del paziente che chiede ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani non autosufficienti:

COGNOME e Nome **Data di nascita**

Residente a **Indirizzo**

Provenienza Domicilio Famiglia Altra RSA Ist. per Riabilitazione Ospedale Altro.....

PATOLOGIE in ATTO (o esiti invalidanti):

.....

.....

.....

ALLERGIE NOTE:

TERAPIA in CORSO:

.....

.....

.....

.....

TRATTAMENTI SPECIALISTICI

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SNG / PEG | <input type="checkbox"/> Catetere Venoso Centrale | <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia | <input type="checkbox"/> Stomia |
| <input type="checkbox"/> Alimentazione Parenterale | <input type="checkbox"/> Microinfusore/Elast. | <input type="checkbox"/> Ventilazione Assistita | <input type="checkbox"/> Ulcere da Decubito |
| <input type="checkbox"/> Dialisi | <input type="checkbox"/> Catetere Peridurale | <input type="checkbox"/> Tracheostomia | <input type="checkbox"/> Riabilitazione post-acuz ie |
| <input type="checkbox"/> Isolamento da contatto per | <input type="checkbox"/> Altro trattam. spec. | | |

DISTURBI del COMPORTAMENTO

- | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Agitazione | <input type="checkbox"/> Opposizione | <input type="checkbox"/> Aggressività | <input type="checkbox"/> Wandering | <input type="checkbox"/> Autolesionismo |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|

VALUTAZIONE FUNZIONALE

- | | | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|--|
| <u>STATO MENTALE:</u> <input type="checkbox"/> Lucido | <input type="checkbox"/> Parzialmente lucido | <input type="checkbox"/> Disorientato | <input type="checkbox"/> Stupor/Coma | |
| <u>INCONTINENZA:</u> <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Solo Urinaria | <input type="checkbox"/> Solo Fecale | <input type="checkbox"/> Doppia | |
| <u>DEAMBULAZIONE:</u> <input type="checkbox"/> Autonoma | <input type="checkbox"/> Con assistenza | <input type="checkbox"/> In carrozzina | <input type="checkbox"/> Allettato | |
| <u>ASSISTENZA PER:</u> <input type="checkbox"/> Alimentarsi | <input type="checkbox"/> Bagno/Doccia | <input type="checkbox"/> Igiene | <input type="checkbox"/> Vestirsi | <input type="checkbox"/> Andare in bagno |

DICHIARO che il/la paziente non è affetto/a da malattie infettive o parassitarie o psichiatriche che controindichino l'inserimento in comunità.

TIMBRO e FIRMA del MEDICO CURANTE

DATA