



## DOMANDA DI ACCOGLIENZA

**(COMPILARE TUTTI I CAMPI e SCRIVERE IN STAMPATELLO)**

...I... sottoscritt..... GARANTE ( a norma di legge) DEGLI OBBLIGHI ASSISTENZIALI E FINANZIARI DELL'OSPITE e PRIMO CONTATTO IN CASO DI NECESSITA'

Sig.... Cognome.....Nome .....

Tel. .... Cod.Fiscale.....

Residente a .....via.....

Parentela : Figlia  Figlio  Sorella  Fratello  Altro .....

...I... sottoscritt..... GARANTE ED ULTERIORE CONTATTO

Sig.... Cognome.....Nome .....

Tel. .... Cod.Fiscale.....

Residente a .....via.....

Parentela : Figlia  Figlio  Sorella  Fratello  Altro .....

### **In proprio e per conto dell'OSPITE**

..I...Signor/ra cognome.....nome.....sesso.....

Nato/a il..... a..... prov.....

c.f. .... stato civile..... n° figli m.....f.....

residente a.....prov.....via e n°.....

asl di residenza..... n° codice assistito.....

invalidità..... codice esenzion..... accompagnamento *Si - no*

Titolo di studio: Elementare  Media  Media superiore  Laurea .....

Lavoro svolto: Operaio  Impiegato  Dirigente  Autonomo  .....

**Presenta/Presentiamo a codesta Casa domanda di accoglienza dell'Ospite, dichiarando di aver preso visione della CARTA DEI SERVIZI e con impegno sin d'ora, in caso di esito positivo, a sottoscrivere il contratto d'ingresso nei termini vigenti presso la Casa**

Data.....

Firma.....

Firma.....

Firma.....



## ELENCO DEI PARENTI DA CONTATTARE IN CASO DI EMERGENZA

(scrivere in stampatello)

1) Parentela Figlia  Figlio  Sorella  Fratello  Altro .....

Sig..... Telefono.....

Indirizzo.....

2) Parentela Figlia  Figlio  Sorella  Fratello  Altro .....

Sig..... Telefono.....

Indirizzo.....

3) Parentela Figlia  Figlio  Sorella  Fratello  Altro .....

Sig..... Telefono.....

Indirizzo.....

### **Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali comuni e sensibili**

Egr. Sig.

.....

Con la presente La informiamo, ai sensi e per gli effetti dell'artt. 10 e 13 delle Legge 31.12.1996 n. 675 e successive modificazioni, legge sulla PRIVACY, che i Suoi dati personali, quale nostro Ospite o richiedente Ospite, sono conservati presso i nostri archivi ai fini amministrativi, contabili, fiscali, e sanitari, trattati a norma di legge, secondo principi di licità e correttezza ed in modo da tutelare la Sua riservatezza.

I dati verranno inseriti in schede sanitarie e possono essere trasmessi a:

- istituti di ricovero, ospedali e strutture ambulatoriali per tutti gli adempimenti connessi e conseguenti;
- il trattamento dei Suoi dati avverrà sia manualmente sia mediante utilizzo di mezzi elettronici o automatizzati;
- Lei potrà esercitare i diritti previsti dalla legge per gli interessati ed elencati all'art. 13.

La informiamo altresì che i trattamenti di dati "sensibili" – quali fra gli altri i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute – possono essere trattati solo con il Suo consenso e nel rispetto delle norme di cui all'autorizzazione del Garante.

Pertanto in relazione ai dati che La riguardano e che verranno da noi sottoposti esclusivamente ai trattamenti obbligatori per legge ed in relazione ai fini previsti dalla legge, Le viene richiesto di esprimere il suo consenso.

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI GENERALI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa di cui sopra, acconsento al trattamento dei miei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa.

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Firma leggibile dell'utente  
(o di un garante)



**PARENTI REFERENTI**

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.

**ALTRI FAMILIARI**

.....  
.....  
.....

**CONDIZIONI PENSIONISTICHE**

Tipo di pensione/i: .....  
Tipo di invalidità: .....  
% di invalidità civile: .....  
Indennità di accompagnamento:    Sì                     No   
Esenzione ticket sanitario per: .....  
Pratiche in corso per: .....

**COLLOCAZIONE ABITAZIONE**

- zona isolata (abitazione sita in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)
- zona decentrata (abitazione sita in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

**ADEGUATEZZA ABITAZIONE**

**BARRIERE ARCHITETTONICHE:**

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

**BAGNO:**

- interno
- esterno
- supporti antiscivolo:    Sì                     No

**RISCALDAMENTO:**

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

**MOTIVO DEL RICOVERO**

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

**I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri?**

- Sì
- No

**Il sottoscritto.....in qualità di.....dichiara che il/la sig.r/ra ..... non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.**

**Data, .....**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_



**SCHEDA SANITARIA (in allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)**  
(compilazione a cura del medico di famiglia o di reparto ospedaliero)

**NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO:** \_\_\_\_\_

**ANAMNESI:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TIPO DI INVALIDITA':** \_\_\_\_\_

**PERCENTUALE di INVALIDITA':**                      %

**INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO:**                       SI                       NO

**Trasferimento letto sedia**

- | Codice                     | Significato  |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico  |
| <input type="checkbox"/> 2 | Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona          |
| <input type="checkbox"/> 3 | Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona       |
| <input type="checkbox"/> 4 | Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia                     |
| <input type="checkbox"/> 5 | Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento |

**Deambulazione**

- | Codice                     | Significato   |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Dipendenza rispetto alla locomozione  |
| <input type="checkbox"/> 2 | Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione   |
| <input type="checkbox"/> 3 | Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili   |
| <input type="checkbox"/> 4 | Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto  |
| <input type="checkbox"/> 5 | Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego.<br>Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorre 50 metri senza aiuto o supervisione. |

**Locomozione su sedia a rotelle**

- | Codice                     | Significato   |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione   |
| <input type="checkbox"/> 2 | Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano                     |
| <input type="checkbox"/> 3 | Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc. |

- 4 Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
- 5 Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

**Igiene personale**

- | Codice                     | Significato  |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista   |
| <input type="checkbox"/> 2 | E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale  |
| <input type="checkbox"/> 3 | E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale   |
| <input type="checkbox"/> 4 | E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire |
| <input type="checkbox"/> 5 | Totale indipendenza  |

**Alimentazione**

- | Codice                     | Significato   |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente totalmente dipendente, va imboccato.   |
| <input type="checkbox"/> 2 | Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.  |
| <input type="checkbox"/> 3 | Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati,   |
| <input type="checkbox"/> 4 | Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile |
| <input type="checkbox"/> 5 | Totale indipendenza nel mangiare.   |

**Confusione-(stato mentale)**

- | Codice                     | Significato  |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata |
| <input type="checkbox"/> 2 | E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe                         |
| <input type="checkbox"/> 3 | Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo                                |
| <input type="checkbox"/> 4 | E' perfettamente lucido  |

**Irritabilità**

- | Codice                     | Significato  |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Qualsiasi contatto è causa di irritabilità   |
| <input type="checkbox"/> 2 | Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare. |
| <input type="checkbox"/> 3 | Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete                                  |
| <input type="checkbox"/> 4 | Non mostra segni di irritabilità ed è calmo  |

**Irrequietezza (stato Comportamentale)**

- | Codice                     | Significato  |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo  |
| <input type="checkbox"/> 2 | Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti. |
| <input type="checkbox"/> 3 | Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.     |
| <input type="checkbox"/> 4 | Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.   |

*SITUAZIONE CLINICA ATTUALE ED ESAME OBIETTIVO*

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto g.	DIAGNOSI
Patologia cardiaca (solo cuore)	<input type="checkbox"/>					
Ipertensione arteriosa ( si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>					
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>					
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>					
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>					
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>					
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino. ernie)	<input type="checkbox"/>					
Patologie epatiche (solo fegato)	<input type="checkbox"/>					
Patologie renali (solo rene)	<input type="checkbox"/>					
Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>					
Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>					
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)	<input type="checkbox"/>					
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)	<input type="checkbox"/>					
Patologie psichiatrico - comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>					

**Ricoveri ospedalieri recenti**

SI

NO

.....

.....

.....

**Terapia in atto:**

.....

.....

.....

.....

**Reattività emotiva:**

- Collaborante
- E' estraniato dal mondo circostante
- Depressione
- Stato ansioso
- Agitazione con spunti aggressivi

**Incontinenza**

**URINARIA**

- a) *assente*
- b) *occasionale*
- c) *abituale*
- d) *catetere a permanenza*

**FECALE**

- a) *assente*
- b) *occasionale*
- c) *abituale*

**Lesioni da decubito:**

- assenti*
- iniziali*
- gravi*
- multiple*

*(specificare la sede)*

---



---



---



---

**Peso kg:**

**Nutrizione artificiale:**

- PEG
- SNG
- NPT

*E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità?*

- SI*
- NO*

*Abusa di sostanze alcoliche?*

- NO, MAI*
- SI, IN PASSATO*
- SI, ATTUALMENTE*

*Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?*

- SI*
- NO*

*Richiede trattamento riabilitativo?*

- SI*
- NO*

*specificare:*

---



---



---



---

**timbro e firma del Medico di famiglia o di reparto**

**data** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_