



DOMANDA DI INSERIMENTO IN RSA – Regime di Solvenza – Palazzina Santa Gianna Beretta Molla

N.B: allegare copia del documento identità e tessera sanitaria

Dati Anagrafici Ospite

Sig./Signora _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

Residenza: Città _____ Cap _____

Via _____

Codice fiscale _____ Stato civile _____

Grado di Istruzione:

Analfabeta Alfabeto senza titolo Licenza Elementare Media inferiore Diploma Laurea

Professione svolta:

Tipo di pensione:

• Pensione da lavoro • Minima/Sociale • Reversibilità • Indennità di guerra • Indennità di invalidità •
Nessuna

Dati sanitari Ospite

Codice assistito (N. Tessera Sanitaria) _____

Codice Tessera Esenzione/Invalidità (es. IC14.15 – 031 – 048 ecc ...) _____

Esenzione per reddito (inferiore a € 38.500,00 annui) SI NO

Il potenziale Ospite ha ottenuto il riconoscimento per:

Invalidità Accompagnamento Domanda presentata in attesa di visita Visita Effettuata

Dati sociali Ospite

Attualmente la persona è:

c/o il proprio domicilio: sola con coniuge con familiari con
assistente privata



Le condizioni dell'attuale domicilio sono:

- Idonee ad ospitare il paziente
- parzialmente idonee ad ospitare il paziente
- NON idonee ad ospitare il paziente

Oppure il paziente si trova:

- c/o il familiare _____
- c/o Istituto di Riabilitazione / altra RSA _____
- c/o Azienda Ospedaliera _____
- c/o presidio psichiatrico _____

Attualmente la persona è assistita da:

- presenza costante di un familiare/caregiver
- presenza saltuaria di un familiare/caregiver
- assenza di familiari/caregiver
- paziente in carico ai servizi sociali

Al momento risultano attivate cure domiciliari e/o Assistenza domiciliare integrata?

- SI NO

N° figli maschi _____ N° figli femmine _____

Dati del Delegato / Garante /Tutore/ amministratore di sostegno

Sig./Signora _____ Grado di parentela _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

Residenza: _____ Cap _____ Via _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____



Altri parenti e/o persone di riferimento

Sig./Signora _____ Grado di parentela _____

Residenza: _____ Cap _____ Via _____

Tel. _____ Cell. _____

Sig./Signora _____ Grado di parentela _____

Residenza: _____ Cap _____ Via _____

Tel. _____ Cell. _____

Dati intestatario fattura (se diverso dall'Ospite)

Sig./Signora _____ Grado di parentela _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

Residenza: _____ Cap _____ Via _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____

ELENCO DEI FARMACI A CUI IL PAZIENTE E' ALLERGICO

.....

SOSTANZE O PRODOTTI CHE PROVOCANO ALLERGIE O INTOLLERANZE
(barrare con una X)

- Cereali contenenti glutine, cioè: grano, segale, orzo, avena, farro, kamut o i loro ceppi ibridati e prodotti derivati, tranne: sciroppi di glucosio a base di grano, incluso destrosio.
- Crostacei e prodotti a base di crostacei
- Uova e prodotti a base di uova
- Pesce e prodotti e prodotti a base di pesce
- Vino
- Arachidi e prodotti a base di arachidi



- Soia e prodotti a base di soia, tranne:
 - o Olio e grasso di soia raffinato
 - o Tocoferoli misti naturali (E306), tocoferolo D-alfa naturale, tocoferolo acetato D-Alfa naturale, tocoferolo succinato D-alfa naturale a base di soia
 - o Oli vegetali derivati da fitosteroli e fitosteroli esteri a base di soia
 - o Estere di stanolo vegetale prodotto da steroli di olio vegetale a base di soia
- Latte e prodotti a base di latte (incluso lattosio)
- Frutta a guscio, vale a dire: mandorle, nocciole, pistacchi, noci tranne per la frutta a guscio utilizzata per la fabbricazione di distillati alcolici, incluso l'alcool etilico di origine agricola.
- Sedano e prodotti a base di sedano
- Anidride solforosa e solfiti in concentrazioni superiori a 10 mg/kg o 10mg/litro in termini di SO 2 totale da calcolarsi per i prodotti così come proposti pronti al consumo e ricostituiti conformemente alle istruzioni dei fabbricanti.
- Molluschi e prodotti a base di molluschi
- Frutta fresca (indicare quale)

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE RICOVERO IN RSA:

DEPOSITO CAUZIONALE: 3.000,00 EURO da versare all'atto del ricovero per i pazienti provenienti dai comuni fondatori, 6.000,00 EURO per gli altri utenti.

**RETTA GIORNALIERA: 90 EURO giornalieri per i pazienti provenienti dai comuni fondatori
95 EURO giornalieri per i pazienti provenienti dal resto del territorio**

PRESTAZIONI ESCLUSE: farmaci (dovranno essere prescritte dal medico di MMG), presidi per l'incontinenza, trasporti

Q A C E U A O A Q Q U U P Q A U O P O U V U A M P A U U O E X X O U A O A F I A O U P Q

QUALORA LA RICHIESTA DI RICOVERO SIA RELATIVA AD UN PAZIENTE IN CONDIZIONI DI MANIFESTA INCAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE IL RICHIEDENTE SI IMPEGNA SIN D'ORA AD ATTIVARE LE PROCEDURE AL FINE DI NOMINARE UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO O UN TUTORE LEGALE.

Data _____ Firma del Richiedente _____



A.C.R.B.
Associazione Case di Riposo
della Provincia di Bergamo



SCHEDA SANITARIA

(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
1	Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
2	Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
3	Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona
4	Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
5	Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

Deambulazione

Codice	Significato
1	Dipendenza rispetto alla locomozione
2	Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
3	Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
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
5	Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorre 50 metri senza aiuto o supervisione.

Locomozione su sedia a rotelle

Codice	Significato
1	Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
2	Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
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
1	Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
2	E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
3	E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
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
5	Totale indipendenza

Alimentazione

Codice	Significato
1	Paziente totalmente dipendente, va imboccato.

- 2 Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- 3 Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati,
- 4 Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
- 5 Totale indipendenza nel mangiare.

Confusione (stato mentale)

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

Irritabilità

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

Irrequietezza (stato Comportamentale)

Codice	Significato
1	Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
2	Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
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.
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 grave	DIAGNOSI
Patologia cardiaca (solo cuore)						
Iperensione arteriosa (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)						
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)						
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)						
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)						
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)						
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino. ernie)						
Patologie epatiche (solo fegato)						
Patologie renali (solo rene)						
"Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)"						
"Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)"						
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)						
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)						
Patologie psichiatrico-comportamentali demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi						

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:

(specificare la sede)

assenti
iniziali
gravi
multiple

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:

data _____

timbro e firma del Medico di famiglia
o di reparto
