



DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A.

Generalità della persona che richiede di essere accolta in RSA

Cognome e nome _____ Sesso M F
Nato a _____ Prov. _____ il _____ Cittadinanza _____
Residente a _____ Prov. _____ CAP _____
Via/Piazza _____ tel. _____
Codice Fiscale _____ Tessera sanitaria _____

Tessera esenz. ticket _____ Medico curante dott. _____

⇒ stato civile

Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

⇒ usufruisce attualmente di:

Pensione NO SI se sì, tipo di pensione _____

Invalità civile NO SI _____% In attesa

Assegno di accompagnamento NO SI In attesa

Generalità della persona che presenta la domanda

Cognome e nome _____ Residente a _____

CAP _____ Via/Piazza _____

Telefono 1 _____ Telefono 2 _____ e mail _____

Grado di parentela [eventuale] _____

Titolo di rappresentanza legale (nel caso di persone già dichiarate incapaci o con deficit delle funzioni mentali superiori):

Amministratore di sostegno

Tutore

Curatore

Altra persona di riferimento in caso di necessità _____

Telefono 1 _____ Telefono 2 _____

Servizio Sociale _____

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.).

Firma della persona o del richiedente _____ data _____

E' in grado lavarsi, fare il bagno, pettinarsi?

- No, non è in grado
- Necessita di aiuto
- E' completamente autonoma

E' in grado di mangiare da sola?

- Non è in grado, deve essere imboccato
- Collabora ma necessita di aiuto
- E' completamente autonomo/a

E' mentalmente confusa?

- E' completamente disorientata
- Parzialmente confusa
- Parla e comprende normalmente

E' irritabile?

- Si
- Si, solo se provocata
- No

E' particolarmente irrequieta?

- Si, è incapace di stare ferma
- E' spesso molto irrequieta
- E' tranquilla

Altre notizie che si ritengono utili per il ricovero

Si informa il richiedente il ricovero che i dati personali saranno utilizzati al solo scopo di inserire il nominativo dell'interessato nella lista d'attesa delle R.S.A.

Il sottoscritto _____, ai sensi del decreto legislativo 196/2003, acconsente al trattamento dei dati personali sopra indicati al solo scopo dell'inserimento nella lista d'attesa presso la RSA.

data _____

firma _____

INFORMAZIONI SANITARIE

(a cura del medico curante)

Cognome e nome

data di nascita

Patologie presenti

	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Diagnosi</i>
Patologie cardiache			
Iperensione arteriosa			
Patologie vascolari/ematologiche			
Patologie respiratorie			
Vista, udito, naso, gola, laringe			
Apparato gastroenterico superiore			
Apparato gastroenterico inferiore			
Patologie epatiche			
Patologie renali			
Altre patologie genito-urinarie			
Sistema muscolo-scheletrico e Cute			
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze)			
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici)			
Patologie psichiatrico-comportamentali (include le demenze)			

Problemi clinici prevalenti

Patologie infettive/contagiose presenti

Terapia farmacologica in corso (indicare farmaco e posologia)

Allergie a:

Anomalie del comportamento

Ansia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Depressione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Deliri o allucinazioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Agitazione psico-motoria diurna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Agitazione psico-motoria notturna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Deambulazione incessante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Affaccendamento afinalistico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Inversione del ritmo sonno-veglia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Aggressività	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Anomalie della marcia e della postura

Cadute negli ultimi 3 mesi SI NO se si, numero cadute |____|

Altre informazioni sanitarie

Ci sono problemi di alimentazione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
disfagia – altri disturbi della deglutizione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
nutrizione artificiale enterale		
con gastrostomia (PEG) o digiunostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
con sondino naso gastrico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
nutrizione parenterale totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La persona è in dialisi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
dialisi peritoneale automatica o manuale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
dialisi extracorporea ambulatoriale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
dove effettua la dialisi _____		
E' presente insufficienza respiratoria?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ossigeno occasionalmente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ossigeno almeno 6 ore al giorno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ossigenoterapia continua	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
tracheostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ventilazione meccanica invasiva / non invasiva	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La persona è affetta da diabete mellito?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
è trattato con la sola dieta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
farmaci antidiabetici orali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
insulina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La persona ha ulcere da decubito?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sacrali o trocanteriche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
arti inferiori o altre sedi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La persona ha ulcere vascolari?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ci sono problemi di continenza vescicale o fecale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
presidi per incontinenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
cateterismo intermittente con Nelaton	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
enterostomia, colostomia, ureterocutaneostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Recapiti telefonici Medico _____

timbro e firma del medico

data di compilazione