



Riservato alla struttura

ID utente

Data accettazione.....

residenze sanitario - assistenziali

DOMANDA UNICA D'INSERIMENTO

Spettabile

Residenza _____

Via _____

Fax : _____

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 _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____ Tessera esenz. ticket _____ tel. _____

ASL DI APPARTENENZA _____ Distretto _____

Carta d'Identità _____ emessa dal Comune di _____ data scadenza _____

Stato civile

celibe/nubile coniugata/o separata/o divorziata/o vedova/o religioso/a

n° figli maschi _____ n° femmine _____

dati sociali

invalidità civile (si: %.....Codice.....) – (no) – (in attesa) assegno di accompagnamento (si) – (no) – (in attesa)

assistenza domiciliare (sociale) - (sanitaria) – (no) pensione (si minima) – (si altra) - (no)

titolo di studio: <input type="checkbox"/> Alfabeti privi di titolo <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Licenza media inferiore o eq. <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Diploma universitario/laurea	professione attuale: <input type="checkbox"/> attiva <input type="checkbox"/> non attiva	professione svolta: <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Lavoratore aut. <input type="checkbox"/> Libero profes. <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Operaio
--	---	---

Medico..... telefono.....



Riservato alla struttura

ID utente

Data accettazione.....

residenze sanitario - assistenziali

Qualifica e generalità della persona che presenta la domanda ed è garante per il pagamento:

Il sottoscritto in qualità di:

- soggetto direttamente interessato
- familiare di riferimento
- amministratore di sostegno
- tutore
- curatore
- assistente familiare (badante)
- funzionario del Comune di

Cognome e nome

Sesso **M** **F**

Nato a

Prov.

Il

Cittadinanza

Residente a

Prov.

CAP

Via/Piazza

Codice Fiscale

Telefono 1

Telefono 2

Grado di parentela con l'Ospite

Altre persone di riferimento

Cognome e nome

Qualifica

Residente a

Prov.

CAP

Via/Piazza

Telefono 1

Telefono 2

Qualifica o grado di parentela con l'Ospite

Cognome e nome

Qualifica

Residente a

Prov.

CAP

Via/Piazza

Telefono 1

Telefono 2

Qualifica o grado di parentela con l'Ospite

Il sottoscritto, dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato e che, al fine di adempiere a tutte le procedure d'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

Elenco dei documenti da produrre al momento dell'ingresso nella R.S.A.

Persona che richiede di essere ospitata	Garante per il pagamento
Carta d'identità in corso di validità	Fotocopia della carta d'identità
Codice fiscale	Fotocopia del codice fiscale
Tessera sanitaria	
Tesserino di esenzione dal ticket sanitario	
Certificato elettorale (facoltativo)	

Altre notizie utili al ricovero

Utilizza il servizio di lavanderia SI (data inizio..... n° guardaroba.....) NO



Riservato alla struttura

ID utente

Data accettazione.....

residenze sanitario - assistenziali
INFORMAZIONI SOCIO-SANITARIO-ASSISTENZIALI

Cognome e nome

Sesso M F

Riservato alla struttura

Operatore che accoglie la richiesta

Note

Motivo della Domanda

persona non autonoma vive solo alloggio non idoneo difficoltà familiari altro(specificare).....

Urgenza del ricovero

estrema ordinaria inserimento in lista di attesa a scopo preventivo

Tipologia di assistenza

ricovero definitivo pronto intervento ricovero di sollievo altro(specificare).....

La persona attualmente vive presso

Abitazione propria di terzi (specificarne la proprietà) _____
 Ospedale (specificare) _____
 Istituto di riabilitazione (specificare) _____
 RSA (casa di riposo) (specificare) _____
 Struttura psichiatrica (specificare) _____
 Altra struttura (specificare) _____
 Altro (specificare) _____

Se residente in abitazione

Piano..... Ascensore SI NO Barriere architettoniche SI NO
Riscaldamento SI NO Servizi igienici interni esterni
Giudizio complessivo abitazione idonea parzialmente idonea non idonea

Protesi ed ausilio

Deambulatore personale fornito da ASL
 Carrozzina personale fornito da ASL
 Materassino personale fornito da ASL
 Letto ortopedico personale fornito da ASL
 Presidio per incontinenza personale fornito da ASL
 Altro (specificare) _____

Autonomia nelle attività strumentali	Autonomo	Riceve aiuto	Non in grado
Uso del telefono			
Fare acquisti			
Cucinare			
Pulizia della casa			
Fare il bucato			
Spostarsi con i mezzi			
Assumere farmaci			
Maneggiare denaro			

La persona esce di casa? SI (solo - accompagnato) NO



Riservato alla struttura

ID utente

Data accettazione.....

residenze sanitario - assistenziali

DICHIARAZIONE DI CONSENSO SULLA TUTELA DEI DATI PERSONALI

"TUTELA DEI DATI PERSONALI"

Ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 e successive modifiche

Premesso che il termine "Gestore" individua la società Hospita Cooperativa sociale a r.l., con sede legale in via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI) CF/P.IVA 13468540151, soggetto autorizzato al funzionamento della RSA;

SI INFORMA

- a) che i dati che Lei riguardano, da Lei forniti o acquisiti attraverso certificazioni mediche e/o documentazione socio-sanitaria, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuto il Gestore;
- b) che tali dati verranno trattati solo ai fini del servizio da Lei richiesto e dalla relativa gestione amministrativa;
- c) che il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti automatizzati. Le modalità di trattamento dei dati a Lei riferibili possono prevedere l'utilizzo di strumenti informativi per la loro elaborazione insieme a dati riferiti ad altri soggetti. Si può anche prevedere l'utilizzo dei dati in forma anonima per finalità statistiche e di ricerca.
- d) che il trattamento comporta:
- l'istituzione di una scheda personale/cartella contenente dati di carattere: anagrafico-amministrativo, fiscale, sanitario, sociale;
 - l'eventuale richiesta ad altre strutture di ulteriori accertamenti;
 - la stesura di referti e di certificazioni;
- e) che il conferimento dei dati da parte della S. V. o l'acquisizione degli stessi nel corso delle attività a Suo favore è necessario, in quanto il non conferimento potrebbe fornire un quadro clinico e/o sociale incompleto con conseguente pregiudizio per la S. V.
- f) che può essere prevista la comunicazione dei dati a:
1. Aziende Sanitarie Locali;
 2. Aziende Ospedaliere;
 3. Ministero della Sanità; Assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale – Regione Lombardia;
 4. Assessorato Sanità – Regione Lombardia;
 5. Assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale – Regione Lombardia;
 6. Altri soggetti Pubblici
 7. Enti previdenziali
 8. Datore di lavoro
 9. Aziende e cooperative convenzionate
 10. Compagnie Assicuratrici;
 11. Aziende e Associazioni che svolgono attività correlate alle professioni socio-sanitarie;
 12. Fornitori di beni, prestazioni o servizi;
 13. Istituti di credito;
 14. Organizzazioni di volontariato;
 15. Familiari;
- g) che il titolare del trattamento è il Gestore legalmente rappresentato dal Dott. Angelo Carlo Lonati domiciliato per la carica di presidente a Inveruno (MI) in via Giovanni Marcora, 97/99.
- h) che il Responsabile del trattamento è il Dott. Angelo Carlo Lonati.
- i) che l'Amministratore di Sistema è il Dott. Angelo Carlo Lonati
- j) che i suoi diritti in relazione ai dati personali sono quelli di cui al D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche, tra cui, in particolare:
- il diritto di conoscere i Suoi dati personali registrati,
 - di ottenere la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione, ad eccezione dei dati che debbano essere conservati per legge (es. cartella clinica),
- k) il diritto di opporsi al trattamento dei dati illegittimi o utilizzati per fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario.

Per consenso al trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritt _____, è a conoscenza del fatto che, con il consenso al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, così come descritti nella su estesa informativa, il Gestore metterà a disposizione i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che riceverà, per il loro eventuale utilizzo nel suo FSE. E' altresì a conoscenza del fatto che sia la comunicazione al suo medico di base dell'evento sanitario che lo riguarderà, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il suo FSE, potranno avere luogo solamente qualora lui/lei abbia espresso il relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato sul documento "Trattamento dei dati personali in ambito CDRS-SISS- Informativa ex art. 76 D.Lgs. 196/2003" che la Regione Lombardia ha fornito ed ampiamente divulgato.

Alla luce di quanto su ricordato, il /la sottoscritt _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano così come descritti nella su estesa informativa.

Eventuali eccezioni ai punti _____

Li _____

FIRMA _____



residenze sanitario - assistenziali

Riservato alla struttura

ID utente

Data accettazione.....

INFORMAZIONI SULL'AUTONOMIA DELLA PERSONA

La persona è capace di spostarsi autonomamente dal letto alla sedia e viceversa?

- No, non è in grado. Richiede la completa assistenza di *due* persone
- E' necessaria la completa assistenza di *una* persona per *tutte* le fasi della manovra
- Per una o più fase del trasferimento è necessaria l'assistenza di *una* persona
- Occorre la presenza di *una* persona, ma solo per infondere fiducia o garantire sicurezza
- E' completametne autonoma

La persona è in grado di camminare da sola per 50 metri?

- No, non è in grado
- E' in grado, ma è necessaria la presenza costante di *una o più* persone
- Serve aiuto, ma solo per raggiungere il bastone o altri ausili
- E' necessaria la supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
- Sì, percorre almeno 50 metri senza aiuto o supervisione (non importa se con il bastone o con un altro ausilio)

Se non cammina, è in grado di manovrare da sola la sedia a rotelle?

- No, non è in grado
- Sì, ma solo per brevi tratti e su superficie piana
- Serve aiuto solo per accostarsi al tavolo o al letto
- Serve aiuto solo negli spazi più angusti
- E' totalmente autonoma

La persona è in grado di provvedere da sola alla propria igiene?

- No, non è in grado. E' completamente dipendente dagli altri
- E' necessario aiutarla in *tutte* le fasi dell'igiene personale
- E' necessario aiutarla solo in *alcune* fasi dell'igiene personale
- E' in grado ma richiede solo un minimo di assistenza prima o dopo l'operazione da eseguire
- E' completametne autonoma

La persona è in grado di alimentarsi autonomamente?

- No, non è in grado. Va imboccata e nutrita per altre vie (nutrizionale, enterale o parenterale)
- Riesce a manipolare una posata, ma è necessaria assistenza attiva per tutto il pasto
- Serve assistenza per gli atti più complicati, come versare il latte o lo zucchero nel thé, aggiungere sale o pepe, imburrare, rovesciare un piatto
- Serve aiuto solo per tagliare la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli
- E' completametne autonoma

La presona è confusa?

- Sì, le capacità di pensiero sono completamente destrutturate
- Appare chiaramente confusa e non si comporta, in alcune situazioni, come dovrebbe
- Appare incerta e dubbiosa, ma sembra ancora orientata nel tempo e nello spazio
- La persona è in grado di pensare chiaramente ed ha contatti normali con l'ambiente

La persona è particolarmente irritabile?

- Sì, sempre
- Si rirrita facilmente, anche in occasioni o per stimoli che non dovrebbero essere provocatori
- Si irrita solo se provocata e se le vengono rivolte domande indiscrete
- No, è sempre calma

La persona è fisicamente irrequieta?

- Sì, è incapace di stare ferma anche per brevi periodo di tempo e cammina incessantemente
- E' molto irrequieta: non riesce a stare seduta, contorce le mani, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano
- Si agita, gesticola, ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano
- La persona non mostra alcun segno d'irrequietezza motoria



Riservato alla struttura

ID utente

Data accettazione.....

residenze sanitario - assistenziali
INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile Collega,

il Suo Paziente intende presentare la domanda di ammissione presso la RSA _____ da noi gestita. La scheda allegata è stata concordata al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai Medici di famiglia di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie. Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una Persona accolta in RSA. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che vengono raccolte con altre modalità. Le chiediamo quindi di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi ed apparati, secondo lo schema seguente:

1	Assente	Nessuna compromissione di organo o sistema
2	Lieve	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto. La prognosi è eccellente
3	Moderato	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può essere buona
4	Grave	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona
5	Molto grave	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo quella delle patologie psichiatriche/comportamentali)
- **Indice di comorbilità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali)

Alcune note per la corretta compilazione:

- **Ipertensione:** il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti
- **Disturbi vascolari:** comprendono malattie e dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico
- **Apparato gastroenterico superiore:** comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari
- **Sistema muscolo-scheletrico:** comprende le lesioni da decubito
- **Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici

La ringraziamo per la collaborazione

INFORMAZIONI SANITARIE (a cura del medico curante)

Cognome e nome della persona

Codice Sanitario

Patologie presenti e giudizio di gravità

	1	2	3	4	5
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto grave
Patologie cardiache (diagnosi.....)					
Ipertensione arteriosa (diagnosi.....)					
Patologie vascolari (diagnosi.....)					
Patologie respiratorie (diagnosi.....)					
Vista, udito, naso, gola, laringe (diagnosi.....)					
Apparato gastroenterico superiore (diagnosi.....)					
Apparato gastroenterico inferiore (diagnosi.....)					
Patologie epatiche (diagnosi.....)					
Patologie renali (diagnosi.....)					
Altre patologie genito-urinarie (diagnosi.....)					
Sistema muscolo-scheletrico e cute (diagnosi.....)					
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse demenze) (diagnosi.....)					
Patologie endocrino-metaboliche (incluse infezioni, sepsi e stati tossici) (diagnosi.....)					
Patologie psichiatrico-comportamentali (incluse demenze) (diagnosi.....)					



Riservato alla struttura

ID utente

Data accettazione.....

residenze sanitario - assistenziali

Problemi clinici prevalenti

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

Terapia farmacologica in corso

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

Allergie a farmaci

.....

Allergie ad alimenti

.....

Anomalie del comportamento	NO	SI
Ansia		
Depressione		
Deliri o allucinazioni		
Agitazione psico-motoria diurna		
Agitazione psico-motoria notturna		
Deambulazione incessante		
Affaccendamento afinalistico		
Inversione del ritmo sonno-veglia		
Aggressività		
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive		

Altre informazioni sanitarie	NO	SI	
Alimentazione artificiale			<input type="checkbox"/> disfagia – altri disturbi della deglutizione <input type="checkbox"/> nutrizione artificiale enterale: <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> nutrizione parenterale totale
Terapia dialitica			<input type="checkbox"/> peritoneale automatica o manuale frequenza..... <input type="checkbox"/> extracorporea ambulatoriale: frequenza.....
Assistenza respiratoria			<input type="checkbox"/> ossigeno occasionalmente <input type="checkbox"/> ossigeno almeno 6 ore/gg <input type="checkbox"/> ossigeno tp continua <input type="checkbox"/> tracheostomia <input type="checkbox"/> ventilazione meccanica
Diabete mellito			<input type="checkbox"/> solo dieta <input type="checkbox"/> farmaci antidiabetici orali <input type="checkbox"/> insulina
Lesioni cutanee			<input type="checkbox"/> sacrali o trocanteriche <input type="checkbox"/> arti inferiori o altro <input type="checkbox"/> ulcere vascolari
Continenza vescicale o fecale			<input type="checkbox"/> presidi per incontinenza <input type="checkbox"/> catetere vescicale a permanenza <input type="checkbox"/> catetere vescicale intermittente c/Nelaton: Ultimo posizionamento
Ausili per movimento			<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> deambulatore <input type="checkbox"/> carrozzina
Protesi			<input type="checkbox"/> dentale <input type="checkbox"/> acustica <input type="checkbox"/> occhiali <input type="checkbox"/> altro:.....
Stato nutrizionale insoddisfacente			<input type="checkbox"/> obesità <input type="checkbox"/> sottopeso

Documentazione sanitaria per l'ammissione :

Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera di dimissione dell'ospedale, esami ematochimici, visite specialistiche).

Elencare documentazione prodotta:

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

Recapito telefonico del Medico

Timbro e firma del Medico