

DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A.

SEZ. 1

DATI ANAGRAFICI

COGNOME E NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ (PROV.) DATA _____ M F

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ (PROV.) IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

TELEFONO/CELL. _____ E - MAIL _____

DOMICILIO IN _____ (_____)
CITTÀ' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA _____ N° _____ TELEFONO/CELL. _____

EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

COGNOME E NOME _____

TELEFONO _____

CITTÀ' _____

VIA/PIAZZA _____

N° CIVICO _____

ATTO N° _____

DEL _____

TRIBUNALE DI _____

PERSONA DI RIFERIMENTO

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____

PROV. _____

IN VIA/PIAZZA _____

N. _____

GRADO DI PARENTELA _____

E-MAIL _____

TELEFONO/CELL. _____

ALTRI RECAPITI TELEFONICI _____

URGENZA DELLA DOMANDA:

□ ESTREMA

□ ORDINARIA

□ INSERIMENTO IN LISTA
D'ATTESA A SCOPO
PREVENTIVO

MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:

- STATO DI SALUTE
- PROBLEMI FAMILIARI
- CONDIZIONI ABITATIVE
- TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA

- SOLITUDINE
- ALTRO (specificare):.....
-
- ALLOGGIO NON ADEGUATO
- EVENTUALE SFRATTO

SEZ. 2

DATI PERSONALI

SCOLARITÀ:

□ ELEMENTARI

SUPERIORI

ALTRO

ATTIVITÀ LAVORATIVA:

.....

IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:

- CONSENZIENTE
- CONTRARIO

- INDIFFERENTE
- NON INFORMATO

NON IN GRADO DI DECIDERE

LA RICHIESTA È PER UN RICOVERO:

□ TEMPORANEO

□ DEFINITIVO

STATO CIVILE:

- CELIBE / NUBILE
- CONIUGATO / A
- SEPARATO / A
- DIVORZIATO / A
- VEDOVO / A

PENSIONE TIPO:

- ANZIANITA' -VECCHIAIA
- ALTRO (indicare il tipo)

□ REVERSIBILITÀ

- INVALIDITÀ SOCIALE
- NESSUNA PENSIONE

INVALIDITÀ CIVILE:

□ IN CORSO

BICONOSCIUTA AI %

□ DOMANDA NON PRESENTATA

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NON RICONOSCIUTA | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) | <input type="checkbox"/> CIECO ASSOLUTO |
| <input type="checkbox"/> IN ATTESA | | <input type="checkbox"/> CIECO CON RESIDUO VISIVO |
| <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA | | <input type="checkbox"/> INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO |
| | | <input type="checkbox"/> SORDOMUTO |

RICONOSCIMENTO L. 104 /92

- IN CORSO SI NO DOMANDA NON PRESENTATA

SEZ. 3***RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI*****ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> AL PROPRIO DOMICILIO | <input type="checkbox"/> PRESSO PROPRI FAMILIARI |
| <input type="checkbox"/> IN OSPEDALE (INDICARE QUALE)..... | <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)..... |
| REPARTO..... | REPARTO..... |
| <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE) | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |
| | |

SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:

- DI PROPRIETÀ IN AFFITTO

SITUAZIONE FAMILIARE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |
| <input type="checkbox"/> NON VIVE SOLO | |
| <input type="checkbox"/> CONIUGE | |
| <input type="checkbox"/> FIGLIO/A | |
| <input type="checkbox"/> BADANTE | |
| <input type="checkbox"/> ALTRO | |

IL CONVIVENTE È:

- AUTOSUFFICIENTE PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

ELENCO DEI PRINCIPALI FAMIGLIARI O PARENTI

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, via, n°civico)	TELEFONO	CONVIVENTE?	
1					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

SERVIZI TERRITORIALI DI CUI USUFRUISCE:

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
<input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE <input type="checkbox"/> PULIZIA CASA <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA <input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA <input type="checkbox"/> PASTO CALDO <input type="checkbox"/> TELESOCCORSO <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____	<input type="checkbox"/> M.M.G. <input type="checkbox"/> INFERNIERE PROFESSIONALE <input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____

ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

- CENTRO PSICOSOCIALE CENTRO DIURNO ANZIANI CENTRO DIURNO INTEGRATO

USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDI A DOMICILIO:

- CARROZZINA MATERASSO ANTIDECUBITO SOLLEVATORE
 ALTRO (specificare).....

SEZ. 4 ADEMPIMENTI PRIVACY

Sarà cura della RSA individuata dare applicazione al Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali del 27 aprile 2016 n. 679.

La Richiesta viene inoltrata:

- DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO
 DA UN PARENTE
(specificare)..... ALTRO
(specificare).....

(NOME E COGNOME) _____ tel. _____

Firma dell' interessato o del richiedente

Data

Si allega :

- copia carta d'identità dell'interessato
 - copia tessera sanitaria dell'interessato

INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio dell'Agenzia della Salute (ATS) della Brianza. La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA 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 della CIRS (Cumulative Illness rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una persona accolta in RSA o in un CDI. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e 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 oppure no. La prognosi è eccellente.
3	Moderato	La compromissione di organo o sistema interferisce con l normale attività, il trattamento è necessario. 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 la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** 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 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 e cutaneo:** comprende le lesioni da decubito
- **Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE
PER L'INGRESSO IN R.S.A.

Sig./ra _____

Data di nascita _____ Tessera sanitaria _____ Data compilazione _____

Esenzione _____

Sez. 1 PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITÀ

	1	2	3	4	5	Data insorgenza
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	
Patologie cardiache Specificare						
Ipertensione arteriosa Specificare						
Patologie vascolari Specificare						
Patologie respiratorie Specificare						
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare						
Apparato gastroenterico superiore Specificare						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare						
Patologie epatiche Specificare						
Patologie renali Specificare						
Altre patologie genito-urinarie Specificare						
Sistema muscolo-scheletrico e Cuta Specificare						

Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze) Specificare						
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici) Specificare						
Patologie psichiatrico-comportamentali (incluse le demenze) Specificare						

Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> NESSUNO | <input type="checkbox"/> DISFAGIA |
| <input type="checkbox"/> STATO NUTRIZIONALE SODDISFALENTE | <input type="checkbox"/> DIETA FRULLATA O OMOGENEIZZATA |
| <input type="checkbox"/> OBESITÀ | <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ENTERALE:
○ SONDINO NASO - GASTRICO |
| <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE | <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIA (PEG) / DIGIUNOSTOMIA |
| <input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO | <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE |
| <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE | |
| <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA CON AIUTO | |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE | |

Diabete mellito

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TRATTATO CON LA SOLA DIETA | <input type="checkbox"/> INSULINOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> FARMACI ANTIDIABETICI ORALI | |

Lesioni cutanee

LESIONI DA DECUBITO SEDE: _____ STADIO _____

LESIONI VASCOLARI SEDE: _____ STADIO _____

Coma o stato vegetativo

Sclerosi Laterale Amiotrofica

Linguaggio

- NORMALE
 DISARTRIA
 AFASIA ESPRESSIVA
 DI COMPRENSIONE
 GLOBALE

Vista ed udito

- VEDE E SENTE BENE
 NON VEDE
 NON SENTE
 DEFICIT CORRETTO DA PROTESI E/O OCCHIALI IN USO

Igiene

- SI lava autonomamente
 NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE
 TOTALMENTE DIPENDENTE

Capacità di vestirsi / svestirsi

- SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE
 NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTIRSI
 TOTALMENTE DIPENDENTE

Mobilità

- SI MUOVE AUTONOMAMENTE
 SI MUOVE CON DEAMBULATORE
 IN CARROZZINA
 ALLETTATO

Cadute negli ultimi 3 mesi

- NESSUNA
 1 – 3 VOLTE
 PIÙ DI TRE VOLTE

Terapia riabilitativa in corso	Assistenza respiratoria
<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> POST-ACUTA <input type="checkbox"/> DI MANTENIMENTO	<input type="checkbox"/> OSSIGENO OCCASIONALMENTE <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 GASSOSO <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 LIQUIDO <input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA
Minzione e Evacuazione	
<input type="checkbox"/> UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCALE AD INTERMITTENZA <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCALE A PERMANENZA <input type="checkbox"/> URETEROCUTANEOSTOMIA	<input type="checkbox"/> NEFROSTOMIA <input type="checkbox"/> STIPSI (BISOGNO DI CLISTERI EVACUATIVI) <input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA
Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore	
<input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE O PER EVENTI RECENTI <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA SEVERA O NON RAMMENTA NULLA <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NEL TEMPO <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NELLO SPAZIO <input type="checkbox"/> COMPLETA CONFUSIONE SENZA CAPACITÀ DI RELAZIONE CON L'ESTERNO <input type="checkbox"/> PROBLEMI DI LINGUAGGIO E/O DEFICIT DI COMPRENSIONE <input type="checkbox"/> FACILE IRRITABILITÀ <input type="checkbox"/> CAMMINO INCESSANTE SENZA UN PRECISO SCOPO O AFFACCENDAMENTO <input type="checkbox"/> URLA O LAMENTAZIONI O VOCALISMI RIPETITIVI <input type="checkbox"/> DISTURBI DEL SONNO (EVENTUALE SPECIFICA)	<input type="checkbox"/> DISFORIA/EUFORIA E/O COMPORTAMENTI DISINIBITI <input type="checkbox"/> DELIRI E ALLUCINAZIONI <input type="checkbox"/> STATO ANSIOSO <input type="checkbox"/> TONO DELL'UMORE DEFLESSO <input type="checkbox"/> APATIA, RITIRO SOCIALE, PERDITA DI INTERESSI <input type="checkbox"/> TENTATI SUICIDI <input type="checkbox"/> ETILISMO ATTUALE <input type="checkbox"/> ETILISMO PREGRESSO <input type="checkbox"/> AGGRESSIVITÀ VERSO SÉ E/O VERSO ALTRI <input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, SONO STATI UTILIZZATI MEZZI DI PROTEZIONE/CONTENZIONE <input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, ABBANDONO DEL DOMICILIO/STRUTTURA DI RICOVERO, SENZA CAPACITÀ DI FARVI RITORNO <input type="checkbox"/> ALTRO
Terapia dialitica	
<input type="checkbox"/> DIALISI PERITONEALE	<input type="checkbox"/> DIALISI EXTRACORPOREA
<input type="checkbox"/> Radioterapia	
<input type="checkbox"/> Chemioterapia	

Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

Allergie a farmaci

- NO
 SI quali? _____

Il soggetto è esente da malattie infettive e contagiose e può vivere in comunità? SI NO

Eventuali note: _____

Timbro e firma del Medico

Telefono

INTEGRAZIONE DOCUMENTALE ALLA DOMANDA D'INGRESSO
DEL _____

Alla
San Francesco Società Cooperativa Sociale
ETS
Via Prealpi, 1/A
20834 Nova Milanese (MB)
Alla c.a. del Direttore Sanitario

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, Medico di Assistenza Primaria
(MAP) / Medico di Medicina Generale (MMG),

E

il/la sig./sig.ra

1) Nome _____ Cognome _____

CF _____ Nato/a a _____/_____/_____ il

nella sua qualità di

Coniuge

Figlio/figlia

Nipote e/o

Legale Rappresentante (es. amministratore di sostegno)

2) Nome _____ Cognome _____

CF _____ Nato/a a _____/_____/_____ il

nella sua qualità di

Coniuge

Figlio/figlia

Nipote e/o

Legale Rappresentante (es. amministratore di sostegno)

3) Nome _____ Cognome _____

CF _____ Nato/a a _____/_____/_____ il

nella sua qualità di

Coniuge

- Figlio/figlia
- Nipote e/o
- Legale Rappresentante (es. amministratore di sostegno)

DICHIARANO
sotto la propria piena responsabilità

che il/la sig./sig.ra _____ nata a _____ il
_____ C.F. _____ residente a _____
in via _____

Alla data di presentazione della domanda di inserimento all'interno della RSA

- 1. Non è affetto/a da patologie acute**
- 2. Non necessita di percorsi riabilitativi**
- 3. Non necessita di un piano di cure individualizzato**
- 4. Presenta esclusivamente un bisogno di tipo assistenziale e tutelare nello svolgimento delle attività della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADLs)**

Pertanto, in considerazione del quadro clinico-assistenziale sopra descritto, in ragione del quale il/la Sig./Sig.ra _____ può ricevere prestazioni assistenziali a domicilio, che richiedono una costante sorveglianza, il sostegno psicologico, la somministrazione regolare del vitto e dell'alloggio,

sono consapevoli ed accettano espressamente che

la persona per la quale è stata presentata la richiesta di accoglienza in RSA necessita della presa in carico all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), la quale **eroga in via esclusiva prestazioni di lungo-assistenza sociali a rilevanza sanitaria, adeguate ai bisogni assistenziali e di tutela della persona per la quale è fatta richiesta di accesso nella residenza.**

La presente dichiarazione viene resa per i soli usi consentiti dalla Legge¹.

Luogo e data _____

¹ In particolare, dal D. Lgs 502/1992 e ss.mm.ii, dal DPCM 12/01/2017, DPCM 29 Novembre 2001 e dal DPCM 14 febbraio 2001

Firma e timbro del Medico di Assistenza Primaria / Medico di Medicina Generale

Firme delle persone di riferimento indicate in epigrafe ai punti 1), 2) e 3)

Il/La sottoscritto/a

Nome e cognome: _____ Firma: _____

Il/La sottoscritto/a

Nome e cognome: _____ Firma: _____

Il/La sottoscritto/a

Nome e cognome: _____ Firma: _____

