

DOMANDA DI INSERIMENTO IN RSA

FONDAZIONE ISTITUTO SACRA FAMIGLIA ONLUS

RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: casa/ufficio _____

Recapiti telefonici: cellulare _____

E-mail: _____ @ _____ . _____

Altri riferimenti: _____

In qualità di _____

RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Numero documento di identità _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Esenzione _____

ATS di appartenenza _____ Distretto _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapito Telefonico _____

Cittadinanza _____

Religione _____

Compilare solo se occorre

- Domicilio differente dalla residenza:

Domiciliato in _____ CAP _____

Via / Corso _____

- Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

- Condizioni abitative non idonee
- Vive solo/sola
- Perdita autonomia
- Quadro clinico compromesso
- Mantenimento/miglioramento capacità residue
- Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)

PROVENIENZA

- Domicilio
- Istituto di ricovero per acuti (ospedale)
- Struttura psichiatrica
- Istituto di riabilitazione
- Altra RSA
- Altro: _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO

- Tempo determinato
- Lungodegenza

Preferenza tipologia di camera:

CONVENZIONE

- NO
- SI, con il seguente ente:

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO

SI NO, motivazione: _____

note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA

Con chi vive:

- Solo
- Coniuge
- Figli
- Altri parenti: _____
- Badanti

Presenza:

- Altro: _____

- Casa di proprietà
- Affitto
- Casa ALER
- Usufrutto
- Altro: _____

TUTELA

NO SI:

- Amministrazione di sostegno**
 - In corso
 - Numero decreto: _____
- Interdizione
- Altro: _____

Nome e Cognome AdS/Tutore:

Qualifica:

- Familiare: _____
- Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.)

Recapiti:

SITUAZIONE FAMILIARE

Coniugato/a
 Divorziato/a
 Celibe/nubile
 Separato/a
 Vedovo/a
 Non dichiarato
 Altro: _____

Fratelli (N:))
 Sorelle (N:))

Figli (N:))
 Figlie (N:))

SITUAZIONE ECONOMICA

Nessuna pensione
 Anzianità/vecchiaia
 Minima/sociale
 Guerra/infortunio sul lavoro, etc
 Reversibilità

In attesa di invalidità
 Invalidità
 ↳ Codice: _____
 ↳ Percentuale: _____ %
 ↳ Indennità accompagnamento
 SI NO
 in attesa di accompagnamento

LIVELLO DI ISTRUZIONE

Nessuno
 Licenza elementare
 Diploma medie inferiori
 Diploma medie superiori in _____
 Laurea in: _____
 Altro: _____

PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO

Casalinga
 Agricoltore
 Operaio, ambito _____
 Impiegato, ruolo _____
 Artigiano, ambito _____
 Insegnante, in _____
 Imprenditore, ambito _____
 Libero Professionista, _____
 Altro _____

SERVIZI SOCIO SANITARI

Servizi Socio Sanitari attivi: NO SI (specificare):

CMA di zona _____ Assistente sociale: _____
 Recapiti: _____
 Tipo di servizi usufruiti: _____

Custode sociale – Portierato Sociale _____
 ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
 CDI (Centro Diurno Integrato) _____
 CPS (Centro Psico Sociale) _____
 Associazioni di volontariato _____
 Altro (ad esempio: telesoccorso, etc) _____

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- Direttamente
- Servizio Sociale di: CMA Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista _____
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del D.L.gs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: ____ / ____ / _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

SCHEMA SANITARIA PER INGRESSO IN RSA

FONDAZIONE ISTITUTO SACRA FAMIGLIA ONLUS

La scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento nelle RSA di Fondazione Istituto Sacra Famiglia della Sede di Cesano Boscone e della Sede di Settimo Milanese.

Il suo obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso la RSA.

La scheda sanitaria deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

Cognome e Nome

Data di nascita/...../.....

luogo di nascita

QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato (solo fegato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rene (solo rene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deficit sensoriali

Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Corretta con protesi

*È possibile barrare più caselle

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma /stato vegetativo (GCS:..... /15)
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:
Crisi d'ansia / attacchi di panico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tentativi di allontanamento inconsapevole /tentativo di fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso Di che tipo:
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data:/ /
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:
Eventuali note e osservazioni:	

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi /necessita di imboccamento
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): / / 20....

<p>Nome e Cognome medico curante: Recapito tel.diretto..... fax e-mail diretta:@.....</p>	<p>Timbro e firma del medico curante</p>
---	--

Data di compilazione: / /

IL MEDICO COMPILATORE (timbro e firma)

FONDAZIONE ISTITUTO SACRA FAMIGLIA

ONLUS

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE ALL'INGRESSO IN UNITA' R.S.A.

Documentazione Anagrafica

- Autocertificazione: nascita, residenza, cittadinanza, stato di famiglia
- Originale iscrizione al servizio sanitario nazionale
- Originale esenzione ticket prestazioni sanitarie
- Originale Carta d'identità
- Fotocopia di eventuale certificazione di Invalidità Civile
- Consenso informato per il trattamento dati di cui alla legge 196/2003
- Fotocopia del frontespizio del libretto di pensione (se diversa da I.C.)
- Fotocopia di eventuale decreto di nomina di Amministratore di Sostegno

Documentazione Sanitaria

- certificato medico non anteriore a 5 giorni dalla data di ingresso attestante l'assenza di malattie trasmissibili in atto
- sunto anamnestico riportante la terapia farmacologica in atto con orari di somministrazione ed eventuali allergie ed intolleranze alimentari
- Informazioni relative al Medico di Medicina Generale (Cognome e nome, indirizzo, telefono, mail, orari di ambulatorio)



SEDE CENTRALE

piazza Monsignor Luigi Moneta, 1 ■ 20090 Cesano Boscone MI ■ tel. 02456771 ■ fax 0245677411

www.sacrafamiglia.org

p.iva 00795470152 ■ c.f. 03034530158 ■ IBAN: IT34T052160163000000008304 ■ c.c.p. 13557277

SCHEDA SANITARIA PER INGRESSO IN RSA - CDI

L'obiettivo della Scheda Sanitaria è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del soggetto proposto, al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso la RSA. La scheda sanitaria deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

Cognome e Nome

Data di nascita/...../.....

luogo di nascita

QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iperensione (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato (solo fegato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rene (solo rene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deficit sensoriali

Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Corretta con protesi

*È possibile barrare più caselle

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma /stato vegetativo (GCS:..... /15)
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:
Crisi d'ansia / attacchi di panico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tentativi di allontanamento inconsapevole /tentativo di fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso Di che tipo:
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data:/ /
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:
Eventuali note e osservazioni:	

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi /necessita di imboccamento
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria):/ / 20....

<p>Nome e Cognome medico curante: Recapito tel.diretto..... fax e-mail diretta:@.....</p>	<p>Timbro e firma del medico curante</p>
---	--

Data di compilazione:/ /

IL MEDICO COMPILATORE (timbro e firma)