

**FONDAZIONE  
ISTITUTO SACRA FAMIGLIA**  
**ONLUS**

**DOMANDA DI INGRESSO  
RSD INZAGO**

Per poter valutare la richiesta di ingresso in RSD è necessario produrre la seguente documentazione:

- RICHIESTA DI INSERIMENTO (debitamente compilata e firmata)
- FOTOCOPIA DOCUMENTAZIONE CLINICA RECENTE
- CONSENSO TRATTAMENTO DATI

I documenti richiesti dovranno pervenire all'Assistente sociale della RSD di Inzago o via posta, o via fax al n 02/95439669 o via mail all'indirizzo [cpasserini@sacrafamiglia.org](mailto:cpasserini@sacrafamiglia.org)

**INZAGO**

via Boccaccio, 18 ■ 20065 Inzago MI ■ tel. 02954396 ■ fax 0295439669

**SEDE CENTRALE**

piazza Mons. L. Moneta, 1 ■ 20090 Cesano Boscone MI ■ tel. 02456771 ■ fax 0245677411 ■ [www.sacrafamiglia.org](http://www.sacrafamiglia.org)  
p.iva 00795470152 ■ c.f. 03034530158 ■ IBAN: IT34T052160163000000008304 ■ c.c.p. 13557277





**Fondazione Istituto Sacra Famiglia**

Via Boccaccio, 18

20065 Inzago (Mi)

■ 02 954396 ☎ 02 95439669

e-mail: [cpasserini@sacrafamiglia.org](mailto:cpasserini@sacrafamiglia.org)

Con la presente il Servizio Sociale del Comune di \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

nominativo del referente per la pratica \_\_\_\_\_

richiede valutazione per inserimento in regime \_\_\_\_\_ presso la struttura \_\_\_\_\_ a favore di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

domiciliato in (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Tessera Sanitaria: \_\_\_\_\_

**\*Situazione Pensionistica:**

Invalidità Civile

si

no

in corso di valutazione

Assegno di Accompagnamento

si

no

in corso di valutazione

Riconoscimento Lg 104

si

no

in corso di valutazione

**\*Posizione Giuridica:**

Interdizione

Inabilitazione

Amministrazione di Sostegno

nulla

Nominativo del referente legale \_\_\_\_\_

**Composizione del nucleo familiare:**

---

---

---

---

**\*Dati della persona di riferimento (parente o Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno)**

Cognome\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_

grado parentela/ruolo\_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_ Città\_\_\_\_\_

Via/Piazza\_\_\_\_\_

**\*Motivazione della richiesta:**

---

---

---

**NOTA BENE:** ai fini di una corretta valutazione del caso, è necessario allegare alla presente:

**\*Relazione sanitaria (da compilare sull'allegato);**

**\*Relazione Sociale e Piano Educativo (ove possibile).**

Firma (e timbro) del richiedente

Data,..... . .....

## RELAZIONE SANITARIA

### **COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO DI BASE, SPECIALISTA O DI ALTRA STRUTTURA**

Cognome Nome \_\_\_\_\_ M F

Nato a \_\_\_\_\_ ( ) II \_\_\_\_\_

**LEGENDA:** N: *patologia non presente*; L: *lieve*; M: *moderata*; G: *grave*; MG: *molto grave*.

#### **GRAVITA'**

*Barrare la casella che interessa*

**PATOLOGIE CARDIACHE:** N      L      M      G      MG

*Diagnosi:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IPERTENSIONE:** N      L      M      G      MG

*Diagnosi:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**APPARATO VASCOLARE :** N      L      M      G      MG

*Diagnosi:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**APPARATO RESPIRATORIO :** N      L      M      G      MG

*Diagnosi:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OCCHI/ORL :** N      L      M      G      MG

*Diagnosi:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RELAZIONE SANITARIA**

**APPARATO DIGERENTE SUPERIORE : N      L      M      G      MG**

*Diagnosi:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**APPARATO DIGERENTE INFERIORE : N      L      M      G      MG**

*Diagnosi:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FEGATO: N      L      M      G      MG**

*Diagnosi:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RENE: N      L      M      G      MG**

*Diagnosi:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE :**

**N      L      M      G      MG**

*Diagnosi:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE : N      L      M      G      MG**

*Diagnosi:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO : N      L      M      G      MG**

*Diagnosi:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RELAZIONE SANITARIA

**PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO: N** L M G MG

*Diagnosi:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE : N** L M G MG

*Diagnosi:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **ALTRI PROBLEMI CLINICI**

*Segnare la casella che interessa e dettagliare se necessario*

**Lesioni da decubito:** SI NO

**Dialisi:** SI NO

**Dialisi peritoneale** **Dialisi extracorporea**

**Insufficienza respiratoria :** SI NO

**O2 terapia** **Ventilatore** **Tracheocannula**

**Alimentazione artificiale :** SI NO

**Se autonoma: con o senza aiuto? Di che tipo?** \_\_\_\_\_

**Se artificiale, con:** \_\_\_\_\_

**SNG** **PEG** **Parentelare totale**

RELAZIONE SANITARIA

**Incontinenza urinaria:** SI    NO \_\_\_\_\_

**Incontinenza fecale:** SI    NO \_\_\_\_\_

**Deambulazione autonoma:** SI    NO \_\_\_\_\_

**Ausili per il movimento:** SI    NO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Disorientamento spazio temporale:** SI    NO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Episodi di fuga/vagabondaggio:** SI    NO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Agitazione psico-motoria:** SI    NO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tentati suicidi:** SI    NO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Presa in carico da parte dei servizi specialistici:** SI    NO \_\_\_\_\_

**Se sì, quali?** \_\_\_\_\_

**Inversione ritmi sonno-veglia:** SI    NO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Stato nutrizionale soddisfacente:** SI    NO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Autonomie personali:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### RELAZIONE SANITARIA

**Uso di presidi:** SI    NO    **Tipologia** \_\_\_\_\_

#### ***Terapia in atto (orari e posologia)***

Allergie e/o intolleranze note \_\_\_\_\_

**Presenza di malattie trasmissibili in atto** Si No

Se si specificare \_\_\_\_\_

Data \_ \_ / \_ \_ / \_\_\_\_\_

Firma ( e timbro) del Medico

## Telefono