

# 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: IT34T0521601630000000008304 ■ c.c.p. 13557277



La famiglia che aiuta le famiglie

**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:**

Invalità Civile	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	in corso di valutazione <input type="checkbox"/>
Assegno di Accompagnamento	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	in corso di valutazione <input type="checkbox"/>
Riconoscimento Lg 104	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	in corso di valutazione <input type="checkbox"/>

**\*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**    Sì                    No

*Se sì specificare* \_\_\_\_\_

---

Data    /    /    -    -   

Firma ( e timbro) del Medico \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_