



## DOMANDA DI INGRESSO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)

### Dati dell'interessato:

Cognome..... Nome .....

Sesso F  M  Stato civile ..... Data di nascita .....

Luogo di nascita ..... Provincia.....

Residenza in via ..... n. .... Comune .....

Prov. .... C.A.P. .... Recapito telefonico.....

Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) .....

Carta Regionale dei Servizi (*allegare copia fronte-retro*).....

Carta d'identità (*allegare copia*).....

Amministratore di Sostegno: Sì  No

Tutore: Sì  No

Tipo di pensione/i: .....

Tipo di invalidità:..... % di invalidità civile:.....

Indennità di accompagnamento: Sì  No

Esenzione ticket sanitario per: .....

Pratiche in corso per: .....

### CHIEDE L'INGRESSO IN R.S.A. (Casa di Riposo)

In modo temporaneo dal ..... al .....  In modo definitivo

### Persona di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela o giuridico.....

Cognome..... Nome .....

Data di nascita..... Luogo di nascita ..... Prov.....

Residenza in via.....n. .... Comune .....

Prov.....C.A.P. .... Recapito telefonico.....

Recapito e- mail .....

Carta identità (*allegare copia*) ..... Codice fiscale (*allegare copia*).....

**Sono parte integrante della presente domanda:**

1. la scheda sociale (All. A)
2. la scheda sanitaria (All. B)
3. eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile
4. autocertificazione (in All. A) del nucleo familiare originario (coniuge vivente e tutti i figli viventi)
5. eventuale atto di nomina dell'Amministratore di Sostegno / Tutore (o copia dell'istanza presentata)

Eventuale altra documentazione potrà essere richiesta dall'Ente Gestore in caso di accoglimento della domanda

AI SENSI DEL D.P.R. NR.445/00 LE DICHIARAZIONI MENDACI CONTENUTE NELLA PRESENTE SARANNO PERSEGUIBILI IN BASE ALLA NORMATIVA VIGENTE.

**Il sottoscritto dichiara di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge. Il titolare del trattamento è la "Fondazione....." e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria.**

Data,.....

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_

**N.B.: PER I CASI IN CUI L'INTERESSATO NON SIA IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE DOMANDA DI AMMISSIONE (DPR N° 445/2000 ART.4, COMMA 2) SI RICHIEDE AL COMPILATORE DI INTEGRARE DI SEGUITO:**

Cognome e nome del compilatore della domanda .....

Firma

\_\_\_\_\_

Cognome..... Nome..... Firma

\_\_\_\_\_

LA PRESENTE DOMANDA HA VALIDITÀ MASSIMA DI UN ANNO DALLA DATA DELLA SUA PRESENTAZIONE, SALVO NECESSITÀ DI ULTERIORI CHIARIMENTI E/O INTEGRAZIONE DOCUMENTALE NECESSARIA ALLA RSA PER LA GESTIONE DELLA DOMANDA E/O DELL'EVENTUALE INSERIMENTO IN STRUTTURA

|                         |                    |            |
|-------------------------|--------------------|------------|
| Area riservata alla RSA | Classe SOSIA _____ | Data _____ |
|-------------------------|--------------------|------------|



## SCHEDA SANITARIA (compilazione a cura del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO \_\_\_\_\_

### Patologie attive

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

### Anamnesi patologica remota

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

### Terapia – principio attivo

### Posologia

### Durata

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Allergie / intolleranze \_\_\_\_\_

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità? :  NO  SI

Indicare le fragilità, criticità, motivazioni cliniche che rendono necessario l'ingresso in R.S.A.

\_\_\_\_\_

## SITUAZIONE CLINICA ATTUALE

|   | Assente | Lieve | Moderata | Grave | Molto grave |
|---|---------|-------|----------|-------|-------------|
| Patologia cardiaca (solo cuore)   |         |       |          |       |             |
| Iperensione arteriosa ( si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) |         |       |          |       |             |
| Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)                                      |         |       |          |       |             |
| Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)                                 |         |       |          |       |             |
| Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)  |         |       |          |       |             |
| Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)        |         |       |          |       |             |
| Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino. ernie)   |         |       |          |       |             |
| Patologie epatiche (solo fegato)  |         |       |          |       |             |
| Patologie renali (solo rene)  |         |       |          |       |             |
| "Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)"                        |         |       |          |       |             |
| "Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)"                   |         |       |          |       |             |
| Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)  |         |       |          |       |             |
| Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)                        |         |       |          |       |             |
| Patologie psichiatrico-comportamentali demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi             |         |       |          |       |             |

**MOBILITÀ, IGIENE, ALIMENTAZIONE (barrare tutte le voci di interesse)****Trasferimento letto sedia**

- 1 Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
- 2 Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
- 3 Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona
- 4 Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
- 5 Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

**Deambulazione**

- 1 Dipendenza rispetto alla locomozione
- 2 Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- 3 Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- 4 Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 mt. senza bisogno di aiuto
- 5 Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorrere 50 mt. senza aiuto o supervisione.

**Locomozione su sedia a rotelle**

- 1 Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- 2 Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano

- 3 Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- 4 Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
- 5 Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

**Igiene personale**

- 1 Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
- 2 E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
- 3 E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
- 4 E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire
- 5 Totale indipendenza

**Alimentazione**

- 1 Paziente totalmente dipendente, va imboccato
- 2 Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- 3 Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati,
- 4 Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
- 5 Totale indipendenza nel mangiare.

**COGNITIVITÀ (barrare tutte le voci di interesse)****Confusione (stato mentale)**

- 1 Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
- 2 E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- 3 Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- 4 E' perfettamente lucido

**Irritabilità**

- 1 Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- 2 Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
- 3 Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- 4 Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

**Irrequietezza (stato comportamentale)**

- 1 Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
- 2 Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
- 3 Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.
- 4 Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

**Ricoveri ospedalieri recenti:**  NO  SI \_\_\_\_\_

**Se seguito dal Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD (ex U.V.A.)**  
**indicare in quale ambulatorio e medico di riferimento** \_\_\_\_\_

**Lesioni da decubito**

assenti  iniziali  gravi  multiple

Sede (specificare) \_\_\_\_\_

**Reattività emotiva**

- Collaborante  
 E' estraniato dal mondo circostante  
 Depressione  
 Stato ansioso  
 Agitazione con spunti aggressivi

**Incontinenza****Urinaria**

- assente  
 occasionale  
 abituale  
 catetere a permanenza

**Fecale**

- assente  
 occasionale  
 abituale

**Disturbi del comportamento in fase attiva**

- Deliri  
 Aggressività  
 Allucinazioni  
 Tentativi di fuga  
 Irrequietezza motoria (*wandering, affaccendamento, ...*)  
 Depressione  
 Disinibizione

Peso kg: \_\_\_\_\_ Altezza cm \_\_\_\_\_

- Disfagia:  NO  SI

- Nutrizione artificiale:  PEG  SNG  NPT

- Respirazione:  normale  ossigeno (n° \_\_\_\_\_ h/die)

Tracheostomia  Ventilazione artificiale

- Dialisi:  NO  SI

- Abusa di sostanze alcoliche?  NO  SI  In passato

- Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?  NO  SI

- Richiede trattamento riabilitativo?  NO  SI

specificare: \_\_\_\_\_

**Data,**

**Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa**

\_\_\_\_\_



Indicare Cognome, Nome e recapito telefonico del **Medico di Medicina Generale**

**PROTESI E AUSILI IN USO**

- deambulatore  personale  ASST
- materassino e cuscino antidecubito  personale  ASST
- letto ortopedico  personale  ASST
- presidio per incontinenza  personale  ASST
- altro (*specificare*) .....

**COLLOCAZIONE ABITAZIONE**

- zona isolata (abitazione in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi,etc.)
- zona decentrata (abitazione in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

**ADEGUATEZZA ABITAZIONE**

**BARRIERE ARCHITETTONICHE**

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

**BAGNO**

- interno
- esterno
- supporti antiscivolo:  
Sì  No

**RISCALDAMENTO**

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

**MOTIVO DEL RICOVERO**

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

**I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri? (es: fine settimana)**

- Sì  No

**AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO ORIGINARIO**

| NOME COGNOME | GRADO DI PARENTELA | LUOGO E DATA DI NASCITA | RESIDENZA ATTUALE | RECAPITO TELEFONICO |
|--------------|--------------------|-------------------------|-------------------|---------------------|
|              |                    |                         |                   |                     |
|              |                    |                         |                   |                     |
|              |                    |                         |                   |                     |
|              |                    |                         |                   |                     |
|              |                    |                         |                   |                     |
|              |                    |                         |                   |                     |
|              |                    |                         |                   |                     |
|              |                    |                         |                   |                     |
|              |                    |                         |                   |                     |

Il sottoscritto..... in qualità di..... dichiara che il/la sig.r/ra ..... non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

*Data,*

*FIRMA*

\_\_\_\_\_