

Questionario di ammissione in struttura

Da compilarsi a cura del medico curante/ospedaliero. Barrare le caselle corrispondenti.

A) SITUAZIONE ANAGRAFICA E SOCIALE

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a: _____ il: ____ / ____ / ____

Residenza: _____

Stato civile: coniugato/a celibe/nubile vedovo/a

Vive con: coniuge/convivente figli/parenti solo/a

altro _____

Persona di riferimento: _____

parente conoscente assistente sociale

Recapito telefonico: _____

Attualmente Sig./ra si trova: a casa in ospedale altra RSA

Richiesta di soggiorno : temporaneo, per mesi: _____

definitivo: con domiciliazione
 senza domiciliazione

B) CONDIZIONI CLINICHE
Anamnesi patologica remota :

Patologia in atto :

Condizioni cliniche attuali :

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> STABILI | con monitoraggio infermieristico medico e strumentale < di una volta /settimana | |
| <input type="checkbox"/> MODERATAMENTE STABILI | con monitoraggio programmabile una o più volte/settimana | |
| <input type="checkbox"/> INSTABILI | con monitoraggio quotidiano | |
| PREGRESSA TBC | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Il Sig./ra è affetto/a da malattie contagiose : | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Pertanto può vivere in comunità: | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

C) CONDIZIONI SPECIFICHE

- Stato mentale:**
- completamente confuso
 - chiaramente confuso, non si comporta come dovrebbe
 - incerto e dubbioso, ma orientato nel tempo e nello spazio
 - completamente lucido
- Stato relazionale:**
- qualsiasi contatto è causa di irritabilità
 - uno stimolo esterno normale provoca irritabilità
 - saltuariamente presenta segni di irritabilità
 - calmo e non irritabile
- Stato comportamentale:**
- cammina incessantemente, incapace di stare fermo
 - chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si alza durante la conversazione
 - saltuariamente è irrequieto, si agita durante la conversazione, muove le mani e i piedi, tocca vari oggetti
 - non presenta segni di irrequietezza, è tranquillo
- Stato nutrizionale:**
- adeguato
 - malnutrizione
 - obesità
- Dieta:**
- libera
 - per diabetici
 - per nefropatici
 - altro: _____
- Deglutizione:**
- regolare
 - disfagia
 - per liquidi
 - per solidi
- Vista:**
- normale
 - ipovisus
 - OD
 - OS
 - cecità
 - OD
 - OS
- Udito:**
- normale
 - ipoacusia
 - dx
 - sx
 - cofosi
 - dx
 - sx
- Linguaggio:**
- normale
 - disartria
 - afasia
- Incontinenza:**
- no
 - si
 - no, ma difficoltà a raggiungere wc
 - solo urine
 - solo feci
 - completa
- usa: pannolone catetere vescicale
- Stazione eretta:**
- buona
 - incerta
 - con ausilio (specificare quale) _____
 - impossibile
- Equilibrio:**
- stabile
 - instabile
- Rischio di cadute:**
- no
 - si

D) CAPACITÀ FUNZIONALI

Trasferimenti letto < - > sedia:

- necessarie due persone per il trasferimento dell'ospite
- l'ospite collabora, ma è necessaria una persona
- per una o più fasi del trasferimento è necessaria una persona
- occorre una persona per garantire sicurezza ed infondere fiducia
- l'ospite è autonomo durante il trasferimento

Deambulazione:

- dipendenza totale rispetto alla deambulazione
- necessita la presenza di una o più persone per la deambulazione
- necessaria una persona per raggiungere e manovrare gli ausili
- deambulazione autonoma, ma necessita di supervisione, non percorre 50 metri senza bisogno di aiuto
- autonomo nella deambulazione, usa stampelle, bastone, ecc., percorre 50 metri senza aiuto

Locomozione su sedia a rotelle:

- ospite in carrozzina, dipendente per la locomozione
- ospite in carrozzina, può avanzare da solo per brevi tratti
- indispensabile la presenza di una persona per accostarsi al tavolo, al letto, ecc..
- si spinge da solo per brevi tratti, necessaria l'assistenza per tratti difficili
- autonomia per la locomozione, percorre più di 50 metri

Igiene personale:

- completamente dipendente
- necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- necessaria l'assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- necessaria minima assistenza prima e/o dopo l'igiene personale
- completamente indipendente

Alimentazione:

- totalmente dipendente, va imboccato
- necessita assistenza attiva
- necessarie supervisione e assistenza nei gesti più complicati
- necessaria assistenza solo in operazioni complicate (tagliare la carne, aprire le confezioni, ecc...)
- totalmente indipendente

In caso di frattura recente:

tipo di frattura: _____

trattamento: _____

rimozione gesso: _____

concessione al carico: _____

Necessita di FKT:

- no si

Piaghe da decubito:

- si multiple: no si

Staging:

- superficiale
- limitata al sottocute
- profonda (necrosi-ulcerazione muscolo/periostio)

Ricoveri per patologia psichiatrica:

- no si

T.S.: no si

Grado di collaborazione: collaborante
 poco collaborante
 assenza di collaborazione

E) TERAPIE

Terapie mediche in atto

Medicazioni in atto: no si

sede: _____

tipo: _____

frequenza: _____

Terapie particolari in corso o programmate: no si

- Nutrizione parenterale totale
 Nutrizione enterale
 Ossigenoterapia
 Broncoaspirazione

Chemioterapia

Radioterapia

Dialisi

altro: _____

Allergie a farmaci e/o alimenti:

no

si _____

Portatore di pace-maker: no

si

impiantato il: ___/___/___

Firma e timbro del medico curante:

Data ___/___/___

Il paziente è informato che ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n° 196, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, i dati da lui stesso forniti potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività della Residenza Anni Azzurri.

Per accettazione: paziente
 tutore
 amministratore di sostegno

Firma
