

Questionario di ammissione in struttura

Da compilarsi a cura del Medico curante o di altro Specialista. 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 _____

Esenzioni / Invalidità: _____

Prescrizioni presidi: Sì Quali: _____ No

Ausili di proprietà: Sì Quali: _____ No

Ausili prescritti in dotazione: Sì Quali: _____ No

Persona di riferimento: _____

parente amministratore sostegno tutore assistente sociale

Recapito telefonico: _____

Medico curante: _____

Attualmente Sig./ra si trova: a casa in ospedale, quale: _____

altra RSA, quale: _____

Richiesta di soggiorno: temporaneo, per mesi: _____

definitivo con domiciliazione senza domiciliazione

B) CONDIZIONI CLINICHE**Anamnesi patologica remota:**

Patologia in atto:

Condizioni cliniche attuali:

- STABILI con monitoraggio infermieristico medico e strumentale < di una volta / settimana
- MODERATAMENTE STABILI con monitoraggio programmabile una o più volte / settimana
- INSTABILI con monitoraggio quotidiano

Il Sig./ra è affetto/a da malattie contagiose o infezioni in corso: Sì No

Se sì quali: _____

- È necessario isolamento: Si No
- Può vivere in comunità: Si No
- PREGRESSA TBC: Si No

C) CONDIZIONI SPECIFICHE

Stato mentale e comunicazione:

- completamente 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:

- Wandering, incapace di stare fermo talvolta o spesso aggressivo
- 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
- allettato o in carrozzina, incapace di movimenti autonomi

Presenza di:

- Aggressività verbale
- Aggressività fisica autodiretta Aggressività fisica eterodiretta
- Deliri Allucinazioni Confabulazione Depressione

Stato nutrizionale: adeguato malnutrizione obesità

Dieta: libera per diabetici per nefropatici
 altro: _____

Deglutizione: regolare

disfagia per liquidi per solidi
 PEG Sondino NG Altro: _____

Vista: normale ipovisus OD OS
 cecità OD OS non valutabile

Udito: normale ipoacusia dx sx
 cofosi dx sx non valutabile

Linguaggio: normale disartria afasia

Incontinenza: No No, ma difficoltà a raggiungere wc
 Sì solo urine solo feci completa stomie _____
usa: pannolone catetere vescicale

Stazione eretta:

buona
 incerta
 con ausilio (specificare quale) _____
 impossibile

Equilibrio:

- stabile instabile

Rischio di cadute: No Sì

Utilizzo ausili di contenzione fisica: No Sì, quali _____

D) CAPACITÀ FUNZIONALI**Trasferimenti letto < - > sedia:**

- necessarie due persone per il trasferimento dell'ospite, e/o il sollevatore
- l'ospite collabora parzialmente, 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, ma parzialmente autonomo
- 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, totalmente 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 difficoltosi
- autonomia per la locomozione, percorre più di 50 metri

Igiene personale:

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

Alimentazione:

- Alimentazione via PEG, SNG, ecc.
- 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:** No SiMultiple: No Si

Sede: _____

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

Ricoveri per patologia psichiatrica: No Si

T.S.O.: No Si

Tentati suicidi: 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 Tracheostomia Ventilazione meccanica

Chemioterapia Radioterapia Dialisi

altro: _____

Allergie a farmaci e/o alimenti: No Si, quali: _____

Portatore di pace-maker: No Si impiantato il: ___/___/_____

Data ___/___/_____

Firma e timbro del Medico curante o specialista _____

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 amministratore di sostegno tutore familiare delegato

Firma
