

Questionario di ammissione in Struttura

Da compilarsi a cura del Medico curante o di altro Specialista. Barrare le caselle corrispondenti.

A) SITUAZIONE ANAGRAFICA SOCIALE

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a: _____ il _____

Residenza: _____

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

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

altro _____

Esenzioni / Invalidità: _____

Prescrizioni presidi: SI Quali _____ NO

Ausili di proprietà: SI Quali _____ NO

Ausili prescritti in dotazione: SI Quali _____ NO

Persona di riferimento: _____

parente tutore amministratore sostegno assistente sociale

Recapito telefonico: _____

Medico Curante: _____ Recapito telefonico: _____

Attualmente il sig. si trova: a casa in Ospedale, quale: _____

altra RSA, quale: _____

Richiesta di soggiorno: temporaneo, fino al: _____

con domiciliazione senza domiciliazione

B) SITUAZIONE ANAGRAFICA SOCIALE

Anamnesi patologica remota:

Patologia in atto:

Condizioni cliniche attuali:

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

Il Sig./ra è affetto/a da malattie contagione o infezioni in corso: SI NO

Se SI, 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 no 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: regolare 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

SI solo urine solo feci completa stomie _____

Usa: pannolone catetere vescicale

Stazione eretta: buona incerta impossibile

con ausilio (quale) _____

Equilibrio: stabile instabile

Rischio di cadute: NO SI

Utilizzo ausili di contenzione fisica: NO SI, quali _____

D) CAPACITA' FUNZIONALI

Trasferimento 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 frasi 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
- necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale, ma collabora
- necessita 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
- necessaria 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 SI

Multiple NO SI, sede _____

Standing: superficiale limitata al sottocute profonda

(necrosi-ulcerazione muscolo/periostio)

Ricoveri per patologia psichiatrica: NO SI

TSO: 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 DLgs 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.

Per accettazione: paziente tutore amministratore sostegno familiare delegato

Firma

La consegna del presente modulo, compilato in tutte le sue parti, andrà effettuata tramite una delle seguenti modalità:

- a mano presso il Front Office di Residenza Dorica
- invio tramite e-mail all'indirizzo: residenzadorica@sstefano.it
- invio a mezzo fax al numero 071-2868012

Per qualsiasi ulteriore informazione siamo a vostra completa disposizione.

Lo Staff di Residenza Dorica