



Regione
Lombardia

ASL Milano 1

Spazio riservato RSA

Attestazione ricevimento domanda (data e timbro di ricevuta RSA)		Identificativo utente (codice)	
--	--	--	--

“DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN RSA”

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ (_____) CAP _____

Indirizzo _____ Cittadinanza _____

Tel. _____ Cell. _____ C.F.: _____

In qualità di:

- Soggetto direttamente interessato
 Amministratore di sostegno
 Curatore
 Funzionario del Comune di
- Familiare di riferimento/garante/i
 Tutore
 Assistente familiare (badante)

chiede il ricovero presso la “RSA PONTIROLO” di ASSAGO (MI) - VIA ALESSANDRO VOLTA N. 4”

del Sig./Sig.ra _____

data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

residente a _____ Via/Piazza _____

stato civile: Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

Cittadinanza _____ Codice fiscale _____

Tessera Sanitaria n° _____

Elenco dei documenti da produrre in copia al momento della presentazione della domanda in R.S.A.

1. documento di identità in corso di validità
2. codice fiscale
3. verbale di accertamento di invalidità o domanda di invalidità
4. tesserino esenzione ticket
5. tessera sanitaria
6. scheda informazioni sanitarie allegata
7. nomina amministratore di sostegno o tutore *(se del caso)*
8. certificato di residenza o autocertificazione con Atto sostitutivo di notorietà

***Al momento dell'ingresso in RSA l'Ente Gestore potrà richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria**



Il sottoscritto dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato/a e che, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta.

Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.).

Dichiara di aver preso conoscenza e di accettare le procedure, le finalità e le condizioni che regolano le modalità di trattamento dei dati personali e sensibili*

Firma della persona o del richiedente _____ Data __ / __ / ____

(*) Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'art. 10 L. 675/96 si informa che i dati forniti nella presente modulistica, compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute, sono strettamente connessi alla gestione della domanda di ammissione presso le strutture RSA dell'Azienda. Tali dati potranno essere oggetto di trattamento manuale e/o informatico che sarà effettuato esclusivamente da personale autorizzato dall'Azienda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di tutela dei dati personali. Le precisiamo che il mancato consenso al trattamento di tali dati rende impossibile la gestione della presente domanda di ammissione. Ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy, Lei potrà in qualsiasi momento richiedere all'Azienda indicazioni in merito al trattamento dei Suoi dati personali e/o sensibili nonché esercitare i diritti ivi previsti. Il testo integrale dell'informativa è disponibile presso la Direzione dell'Azienda presso cui è presente il Responsabile al trattamento dei dati.

Letto e compreso quanto precede si presta consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili per la gestione della domanda di ammissione: **SI []** **NO []**

Firma della persona o del richiedente _____ Data __ / __ / ____

SCHEDA PERSONALE

Motivo per cui si richiede ingresso in R.S.A. (barrare anche più risposte)

- Persona non autonoma
- Vive sola
- Alloggio non idoneo
- Difficoltà familiari
- Problematiche sanitarie
- Altro (*specificare*) _____

Urgenza del ricovero

- Estrema - Non differibile
- Ordinaria
- Inserimento cautelativo in lista di attesa a scopo preventivo

Tipologia di assistenza

- Ricovero definitivo
- Ricovero temporaneo/sollievo
- Pronto intervento

La persona interessata attualmente si trova presso:

- Abitazione: propria di altri (*specificare*) _____
- Ospedale (*specificare*) _____
- Istituto di riabilitazione (*specificare*) _____
- RSA (Casa di riposo) (*specificare*) _____
- Struttura psichiatrica (*specificare*) _____
- Altra struttura (*specificare*) _____
- Altro (*specificare*) _____



Grado di istruzione: _____ Professione esercitata: _____

Numero di Figli _____ di cui: Maschi _____ Femmine _____

Dati relativi alla situazione pensionistica dell'interessato:

- Nessuna pensione
 Tipologia Speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.)
 Invalidità (IO)
- Anzianità/Vecchiaia (VO)
 Sociale (PS)
 Reversibilità (SO)

L'interessato usufruisce attualmente di: *(barrare anche più risposte)*

- Invalidità civile: SI (% _____ Codice _____) NO In attesa
 Assegno di accompagnamento: SI NO In attesa
 Di aver presentato domanda ed essere in attesa di visita
 Di essere stato sottoposto a visita in data _____ e in attesa di esito
 Di aver presentato domanda di aggravamento
 Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) SI NO
 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) SI NO

ALTRE INFORMAZIONI (barrare la casella)

Autonomia nelle attività strumentali	Autonomo	Riceve aiuto	Non in grado
Uso del telefono			
Fare acquisti			
Cucinare			
Pulizia della casa			
Fare il bucato			
Spostarsi con i mezzi			
Assumere farmaci			
Maneggiare denaro			

L'anziano esce di casa? **SI:** *Da solo* *Accompagnato* **NO**

Altre notizie utili al ricovero

Il compilatore:

Cognome _____ Nome _____

Data ___ / ___ / _____ Firma _____

“DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN RSA”

Sez. INFORMAZIONI SANITARIE (*Compilazione a cura del Medico curante*)

Notizie clinico/anamnestiche e stato di salute generale

Ultimo ricovero ospedaliero (*se possibile indicare mese/anno e diagnosi alle dimissioni*)

Eventuali ricoveri precedenti (*se ritenuti utili alla definizione del caso*)

Patologie concomitanti (barrare la casella)

INDICATORE COMORBILITA'	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave
Cardiaca (solo cuore)					
Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)					
Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)					
Respiratoria (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)					
O O N G L (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)					
Apparato G I Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)					
Apparato G I Inferiore (intestino, ernie)					
Epatiche (solo fegato)					
Renali (solo rene)					
Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)					
Sistema Muscolo scheletrico – Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)					
Sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza)					
Endocrine Metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)					
Psichiatrico – comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)					



Terapie in atto (specificare farmaci assunti e loro posologia)

Allergie note

Stato mentale e comportamentale

(segnalare presenza di ansia, depressione, alcoolismo, manifestazioni psicotiche, tentativi di suicidio, demenza, agitazione psicomotoria, difficoltà di comunicazione, ecc. pregressa o in atto)

Stato di coscienza

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vigile | <input type="checkbox"/> Soporoso | <input type="checkbox"/> Coma |
| <input type="checkbox"/> Orientato T/S | <input type="checkbox"/> Parzialmente orientato T/S | <input type="checkbox"/> Disorientato T/S |

Disturbi del comportamento

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Deliri | <input type="checkbox"/> Allucinazioni | <input type="checkbox"/> Agitazione | <input type="checkbox"/> Aggressività verbale |
| <input type="checkbox"/> Aggressività fisica | <input type="checkbox"/> Apatia | <input type="checkbox"/> Depressione | <input type="checkbox"/> Ansia |
| <input type="checkbox"/> Irritabilità | <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> Disturbi dell'alimentazione | |
| <input type="checkbox"/> Cammino afinalistico (wandering) | <input type="checkbox"/> Comportamento motorio ripetitivo | | |

Incontinenza sfinterica:

- Assente
- Solo urinaria
- Solo fecale
- Doppia incontinenza

Gestione incontinenza:

- Presidi assorbenti
- Catetere vescicale a permanenza
- Nefro/urostomia
- Ano artificiale

Alimentazione

- Normale per os
- Disfagia
- Dieta a consistenza modificata (frullata, addensata,..)
- Sondino naso-gastrico
- PEG
- Nutrizione parenterale



Ausili per la gestione delle insufficienze funzionali in uso

- Ossigenoterapia (continua, a cicli)
- Tracheostomia (tipo di cannula)
- Ventilatore (continuo, a cicli)
- Dialisi (peritoneale , extracorporea)

Organi sensoriali

- Vista: normale con lenti cecità
 Udito: integro corretto con protesi sordità

Presidi ed Ausili in uso:

- Bastone/Canadese "se fornito da ASL"
- Deambulatore "se fornito da ASL"
- Carrozzina "se fornito da ASL"
- Materassino antidecubito "se fornito da ASL"
- Letto Ortopedico "se fornito da ASL"
- Presidi per incontinenza "se fornito da ASL"
- Altro (specificare)

Lesioni cutanee da pressione

Sede: _____

Grado: _____

Linguaggio

- Normale
- Afasico
- Disartrico

Altri problemi clinici (segnalare eventuali altre notizie cliniche significative)

Il paziente è esente da malattie contagiose tali da controindicare la vita in comunità.

Notizie relative alle necessità assistenziali
Consigliata la compilazione a cura del Medico curante

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- Non collabora al trasferimento;
- Necessarie due persone per trasferire il paziente con o senza un sollevatore meccanico;
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento;
- Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento;
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza;
- Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza.
- E' indipendente durante tutte le fasi.

DEAMBULAZIONE

- Non in grado di deambulare;
- Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione;
- Necessita dell'assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi;
- Indipendente nella deambulazione ma con autonomia limitata (inferiore a 50 metri). Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose;
- Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare stampelle, bastone o walker e di deambulare per 50 metri senza aiuto o supervisione.

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE (*Uso della carrozzina alternativo alla deambulazione*)

(*Compilare questi item solo se il paziente è stato classificato 1 nella **Deambulazione** e solo dopo che sia stato istruito all'uso della carrozzina)

- Dipendente negli spostamenti con la carrozzina;
- Capace di spostamenti solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre;
- Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.;
- Capace di spostarsi autonomamente per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette;
- Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, al letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere superiore a 50 m.

IGIENE PERSONALE

- Il paziente non è capace di badare all'igiene della propria persona ed è dipendente da tutti i punti di vista;
- E' necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale;
- E' necessario assisterlo in uno o più aspetti dell'igiene personale;
- Il paziente è in grado di provvedere alla cura della propria persona, ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire;
- Il paziente riesce a lavarsi le mani ed il volto, a pettinarsi, pulirsi i denti e radersi. Un maschio può usare qualsiasi tipo di rasoio, ma deve essere in grado di inserirvi la lama, o di collegarsi alla presa.

**ALIMENTAZIONE**

- Il paziente è totalmente dipendente riguardo all'alimentazione, e va imboccato;
- Riesce a manipolare una posata, di solito un cucchiaino, o un altro strumento, ma è necessaria la presenza di qualcuno che fornisca assistenza attiva durante il pasto;
- Il paziente riesce ad alimentarsi sotto supervisione. L'assistenza è limitata a gesti più complicati, come versare latte o zucchero nel the, aggiungere sale o pepe, imburrare, rovesciare un piatto, o altre attività di preparazione al pasto;
- Il paziente è indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile;
- Il paziente riesce a mangiare per proprio conto, su una tavola apparecchiata. Deve essere in grado di adoperare da solo un ausilio, laddove necessario e poter condire con sale, pepe o burro ecc.

CONFUSIONE

- E' completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata ;
- E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe;
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo ;
- E' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente.

IRRITABILITÀ

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

IRREQUIETEZZA

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

Data di compilazione _____

Timbro e firma del Medico _____

Riferimento Telefonico del Medico _____