

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO È INFERMERIA FILISETTI O.N.L.U.S.
ENTE DE PUBBLICIZZATO ISCR. TRIBUNALE DI BERGAMO NR. 583



ASL Bergamo

DOMANDA DI INGRESSO IN R.S.A.

Dati dell'interessato:

Cognome _____ . Nome _____ ..
Sesso F M Stato civile _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____
Residenza in via _____ n. _____ Comune _____
Prov. _____ .. C.A.P. _____ .. Recapito telefonico _____
Domicilio (solo se diverso dalla residenza) _____ ..
Carta Regionale dei Servizi ó Codice Assistito (allegare copia) _____ ..
Carta d'identità (allegare copia) _____ ..
Percentuale di invalidità _____ Indennità di accompagnamento Sì No

CHIEDE DI ESSERE INSERITO IN R.S.A. (casa di riposo)

In modo temporaneo In modo definitivo

Dati del familiare di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela _____ ..
Cognome _____ .. Nome _____ ..
Data di nascita _____ .. Luogo di nascita _____ ..
Residenza in via _____ ..n. _____ Comune _____
Prov. _____ C.A.P. _____ .. Recapito telefonico _____ ..

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì No

Se no, perché _____ ..

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì No

Se sì, indicare dove e il periodo _____ ..

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA _____

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO È INFERMERIA FILISETTI O.N.L.U.S.
ENTE DE P U B B L I C I Z Z A T O I S C R . T R I B U N A L E D I B E R G A M O N R . 5 8 3

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Assistenza Primaria

í ..í í

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.**
- Ai sensi del D.P.R. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.

Addì,í í í í í í í í .

Firma dell'interessato

N.B.: per i casi in cui l'interessato non sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione (art.24 D.lgs 196/2003) si richiede al compilatore di integrare di seguito:

Cognome e nome del compilatore della domanda í

Firma

Informativa ai sensi del D.lgs. 196/2003

I dati da lei forniti, anche di natura sensibile, saranno trattati, sia a livello cartaceo che informatico, al solo fine di gestire la lista d'attesa per l'ingresso come ospite nella Rsa, il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporta la mancata possibilità di inserimento in lista d'attesa. I dati potranno essere comunicati a terze parti solo per le finalità indicate in precedenza e comunque secondo quanto previsto dai limiti di legge. Il titolare del trattamento è la *Fondazione Casa di Riposo Infermeria Filisetti O.N.L.U.S.ö* e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs 196/2003.

Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo quanto sopra descritto.

Cognomeí ..Nomeí í

Firma

<p>Area riservata alla RSA</p> <p>Classe SOSIA: _____</p> <p>Percentuale di invalidità: _____</p> <p>Indennità di accompagnamento Sì No</p> <p><i>Data,</i></p>
--



ASL Bergamo

SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE
(allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)

NOME í ...
COGNOME í ...

Scheda compilata dal sig./ra (se familiare) í ...
Scheda compilata dall'assistente sociale del territorio

í
.....

Titolo di studio dell'interessato í í í ..í .
Attività lavorativa progressa í .
Hobby í .

INIZIATIVA DELLA DOMANDA

- utente stesso
- familiari
- medico di assistenza primaria
- assistente sociale

INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI

attualmente la persona vive:

- | | |
|--|---|
| Vive solo | Vive con altro/i familiari/conviventi |
| Vive solo con badante | Vive con altro/i familiari/conviventi e badante |
| Vive con altre persone non parenti e non partner | Informazione non nota |

SITUAZIONE ALLA DATA RILEVAZIONE

- | | |
|--|---|
| A domicilio senza alcuna assistenza | Ricoverato in struttura sanitaria per acuti |
| A domicilio con assistenza domiciliare Sad | Ricoverato in struttura di riabilit. territoriale |
| A domicilio con assistenza domiciliare Adi/voucher sociosanitario | |
| Ospite nella stessa Rsa su pl non contrattualizzato | Ospite in altra Rsa su pl a contratto |
| A domicilio con frequenza struttura sociale diurna/semiresidenziale | |
| A domicilio con frequenza struttura sociosanitaria diurna/semiresidenziale | |
| Ospite in struttura sociale | Ospite in altra tipologia di struttura sociosanitaria |

L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI

- Tutore
 - Curatore
 - Amministratore di Sostegno
- Ha in corso la pratica per la nomina di í

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	ETA _€	RESIDENZA



ASL Bergamo

SCHEDA SANITARIA

(compilazione a cura del medico di famiglia o di reparto ospedaliero)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO: _____

ANAMNESI:

TIPO DI INVALIDITA'

PERCENTUALE di INVALIDITA': %

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO: SI NO

Trasferimento letto sedia

Codice	Significato
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

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO È INFERMERIA FILISETTI O.N.L.U.S.
ENTE DEPUBBLICIZZATO ISCR. TRIBUNALE DI BERGAMO NR. 583

All. B

Deambulazione

Codice	Significato
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 metri 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 percorre 50 metri senza aiuto o supervisione.

Locomozione su sedia a rotelle

Codice	Significato
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

Codice	Significato
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

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO È INFERMERIA FILISETTI O.N.L.U.S.
ENTE DEPUBBLICIZZATO ISCR. TRIBUNALE DI BERGAMO NR. 583

All. B

Alimentazione

Codice	Significato
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.

Confusione (stato mentale)

Codice	Significato
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

Codice	Significato
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)

Codice	Significato
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.

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO È INFERMERIA FILISETTI O.N.L.U.S.
ENTE DEPUBBLICIZZATO ISCR. TRIBUNALE DI BERGAMO NR. 583

All. B

- 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.

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE ED ESAME OBIETTIVO

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto grave	DIAGNOSI
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						

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO È INFERMERIA FILISETTI O.N.L.U.S.
ENTE DEPUBBLICIZZATO ISCR. TRIBUNALE DI BERGAMO NR. 583

All. B

Ricoveri ospedalieri recenti:

SI

NO

Terapia in atto:

Reattività emotiva:

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

Incontinenza

URINARIA

- a) assente
- b) occasionale
- c) abituale
- d) catetere a permanenza

FECALE

- a) assente
- b) occasionale
- c) abituale

Lesioni da decubito:

(specificare la sede)

assenti
iniziali
gravi
multiple

Peso kg: _____

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO È INFERMERIA FILISETTI O.N.L.U.S.
ENTE DEPUBBLICIZZATO ISCR. TRIBUNALE DI BERGAMO NR. 583

All. B

Nutrizione artificiale:

___ PEG ___ SNG ___ NPT

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità?

SI NO

Abusa di sostanze alcoliche?

NO, MAI SI, IN PASSATO SI, ATTUALMENTE

Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?

SI NO

Richiede trattamento riabilitativo?

SI NO

specificare:

data _____

timbro e firma del Medico di famiglia
o di reparto
