

Struttura _____

Dati ospite/assistito:

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: ___ / ___ / _____ Luogo di Nascita _____

Codice Fiscale _____ Sesso M FStato civile: celibe/nubile coniugato/a separato/a divorziato/a vedovo/a**Residenza:**

Comune: _____ Indirizzo: _____

Tel/cell _____ e-mail _____

Se cittadino extracomunitario:permesso di soggiorno No Si Scadenza ___/___/_____**Attuale collocazione:** al proprio domicilio in ospedale _____ presso i propri familiari in altra struttura _____ da quanto tempo _____**Persona che richiede l'inserimento in struttura:**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ luogo di nascita _____

in qualità di:

 AdS (atto n° _____ del _____ tribunale di _____) Tutore/Curatore (atto n° _____ del _____ tribunale di _____) Altro (specificare) _____

Residente in _____ indirizzo _____

C.F. _____ tel/cell _____

e-mail _____ Numero figli _____ maschi _____ femmine _____

Urgenza della domanda: estrema ordinaria inserimento in lista d'attesa a scopo preventivo

Motivi della domanda di ricovero: stato di salute problemi familiari condizioni abitative
 trasferimento da altra struttura solitudine alloggio non adeguato eventuale sfratto
 altro _____

Tipo di ospitalità: temporaneo dal _____ al _____ indeterminato dal _____
 diurno dal _____ al _____ altro _____
dal _____ al _____ Data ingresso effettiva (a cura della direzione struttura) _____

Reazione al ricovero: consenziente Indifferente non è in grado di decidere
 contrario non è stato informato (motivo) _____

Persona di riferimento da contattare in caso di necessità:

Cognome: _____ Nome: _____
Residente a : _____ indirizzo: _____
Grado di parentela _____ e-mail _____
Tel/cell _____ altri recapiti _____

Ufficio referente (comune/asl): _____

Assistente sociale _____ tel. _____
Indirizzo mail _____

Medico curante

Dott. _____ Tel. _____ Fax. _____
Cell _____ e-mail _____
Indirizzo ambulatorio _____

Scolarità: licenza elementarie licenza medie inferiori licenza medie superiori
 laurea in _____ altro _____

Attività lavorativa: _____

Credo religioso: _____ **Ama stare in compagnia** Si No

Interessi e hobbies _____

Se residente in abitazione: di proprietà in affitto Altro _____

Situazione familiare: vive solo (da quanto tempo _____)

non vive solo: coniuge figlio/a badante altro _____

Il convivente è: autosufficiente parzialmente autosufficiente non autosufficiente

Dichiarazione di non autosufficienza: Si No

Convenzionato con ASL: Si _____ No ha presentato richiesta

Usufruisce di Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria (ADI) Si No

Frequenta un Centro Diurno Integrato (CDI)

Usufruisce di Misure di Sostegno Regionali _____

Convenzionato con Comune: Si _____ (quota corrisposta € _____)

No Ha presentato richiesta in data _____

Servizi /interventi sociali attivi: No Si (specificare:

Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) Si No

Associazioni di Volontariato

Altro _____

Invalidità civile: Si (_____ % codice _____) No

Ha presentato la domanda è in attesa di visita

E' stato/a sottoposto/a a visita in data _____ in attesa di esito

Assegno di accompagnamento Si No In attesa

Ha presentato domanda di aggravamento

Dati relativi alla situazione pensionistica (barrare anche più risposte):

- anzianità/vecchiaia (VO) (Importo mensile) € _____
- reversibilità (VO) (Importo mensile) € _____
- invalidità sociale (PS) (Importo mensile) € _____
- tipologia speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.) (Importo mensile) € _____
- Invalidità (Importo mensile) € _____
- Altro (indicare il tipo) _____ (Importo mensile) € _____
- nessuna pensione

Dati relativi alla situazione patrimoniale:

- Immobile/i di proprietà
- Terreno/i
- Automobile
- Altro _____

Dati relativi alla situazione lavorativa del contraente:

- Lavoro dipendente (indicare la tipologia di lavoro svolto) _____
- Lavoro autonomo (indicare la tipologia di lavoro svolto) _____

Dati relativi alla situazione patrimoniale del contraente:

- Immobile di proprietà
- Terreni
- Automobile
- Altro _____

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

L'anziano esce di casa?

Si solo accompagnato **No**

Com'è venuto a conoscenza della Struttura:

- Direttamente
- Passaparola
- Servizio Sociale (specificare) _____
- Mecico di Medicina Generale (medico curante)
- Pubblicità
- Internet
- Associalzioni
- Medico Specialista _____
- Eventi /manifestazioni _____
- Altro _____

Altre notizie utili all'ingresso _____

Data _____

Firma del richiedente/contraente _____ (firma chiara e leggibile)

Sez. a cura del richiedente o del medico curante)

<p>Stato di coscienza</p> <p>Vigile Soporoso Coma</p> <p>Orientato T/S Parz. orient T/S</p> <p>Totalmente disorientato T/S</p> <p>Note _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Memoria</p> <p>Completamente compromessa</p> <p>Memoria remota conservata</p> <p>Memoria remota compromessa</p> <p>Memoria recente conservata</p> <p>Memoria recente compromessa</p> <p>Memoria completamente conservata</p>	<p>Comunicazione/comprendione</p> <p>Nessuna Buona</p> <p>Comunica e comprende solo ordini semplici</p> <p>Esprime i suoi bisogni principali</p> <p style="text-align: center;">Linguaggio</p> <p>Normale Afasico Disartrico</p>
<p>Disturbi sensoriali - Vista</p> <p>Cecità: <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX</p> <p>Ipovedente: <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX</p> <p>Normale</p> <p>Con lenti</p>	<p>Disturbi sensoriali - Udito</p> <p>Sordità <input type="checkbox"/> DX SX</p> <p>Ipoacusico <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX</p> <p>Integro</p> <p>Corretto con protesi</p>	<p>Disturbi del linguaggio e della comunicazione</p> <p>No</p> <p>Si (di che tipo) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Disturbi del comportamento</p> <p>Deliri Allucinazioni Ansia</p> <p>Aggres. fisica Aggres. verbale</p> <p>Apatia Depressione</p> <p>Irritabilità comportamento motorio ripetitivo</p> <p>Disturbi dell'alimentazione</p>	<p>Agitazione</p> <p>Frequente</p> <ul style="list-style-type: none"> • di giorno • di notte <p>Moderato/Occasionale</p> <ul style="list-style-type: none"> • di giorno • di notte <p>Tranquillo</p>	<p>Cammino afinalistico</p> <p>Frequente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di giorno • di notte <p>Moderato/Occasionale</p> <ul style="list-style-type: none"> • di giorno • di notte <p>Assente</p>
<p>Equilibrio</p> <p>stabile instabile</p> <p>Presenta controllo del tronco</p> <p>No Si</p> <p>Presenta controllo del capo</p> <p>No Si</p>	<p>Cadute ricorrenti</p> <p>No Si</p> <p>Numero cadute nell'anno _____</p> <p>(anche senza conseguenze traumatiche)</p>	<p>Sonno notturno</p> <p><input type="checkbox"/> Regolare</p> <p><input type="checkbox"/> Disturbi del sonno:</p> <p style="padding-left: 20px;">Insonnia con risvegli frequenti</p> <p style="padding-left: 20px;">Addormentamento tardivo</p> <p style="padding-left: 20px;">Risveglio precoce</p>

<p style="text-align: center;">Alimentazione</p> <p>Indipendente Parzialm. autosufficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente dipendente</p> <p>Diabetico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Insulino dipendente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale <input type="checkbox"/> Dialisi extra corporea</p> <p>Celiaco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Segue una dieta particolare <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>(specificare) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Peso KG _____ Altezza cm _____</p>	<p style="text-align: center;">Deglutizione</p> <p><input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Disfagia totale <input type="checkbox"/> Disfagia per i liquidi</p> <p><input type="checkbox"/> Disfagia per i solidi <input type="checkbox"/> Affetto da edentulia</p> <p><input type="checkbox"/> Protesi dentale fissa</p> <p>Nutrizione artificiale <input type="checkbox"/> Nessuna</p> <p><input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> MIDLINE</p> <p>Integrazione nutrizionale <input type="checkbox"/> Nessuna</p> <p><input type="checkbox"/> Per bocca <input type="checkbox"/> Endovena</p>	
<p style="text-align: center;">Autonomia nel movimento</p> <p>Indipendente</p> <p>Totalmente dipendente</p> <p>Parzialmente autosufficiente (cammina con l'aiuto di qualcuno o con ausili)</p> <p>Allettato</p>	<p style="text-align: center;">Utilizzo ausili per la deambulazione</p> <p>bastone</p> <p>carrozzina</p> <p>dembulatore/girello</p> <p>Altro _____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;">Spostamento con carrozzina</p> <p>Indipendente</p> <p>Parzialmente autosufficiente (può avanzare solo per brevi tratti)</p> <p>Totalmente dipendente</p>
<p style="text-align: center;">Trasferimento letto-sedia</p> <p>Indipendente</p> <p>Totalmente dipendente (con 2 operatori o con sollevatore)</p> <p>Parzialmente autosufficiente (necessita dell'aiuto di un operatore)</p>	<p style="text-align: center;">Autonomia nell'igiene personale</p> <p>senza aiuto/sorveglianza</p> <p>aiuto parziale</p> <p><input type="checkbox"/> aiuto totale</p>	<p style="text-align: center;">Autonomia nella vestizione</p> <p>Totalmente dipendente</p> <p>Parzialmente autosufficiente</p> <p>Indipendente</p>

<p>Autonomia nell' utilizzo dei servizi igienici</p> <p><input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza</p> <p><input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale</p> <p>Incontinenza sfinterica:</p> <p>Continente <input type="checkbox"/> Inc. Urinaria</p> <p><input type="checkbox"/> Inc. Fecale Doppia (fecale e urinaria) Utilizza il catetere (data ultimo cambio_____)</p> <p>Utilizza pannolone</p> <p>Altro_____</p>	<p>Colostomia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>tipo_____</p> <p><input type="checkbox"/> personali <input type="checkbox"/> fornitura asl</p> <p>Nefro/Urostomia : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>tipo_____</p> <p><input type="checkbox"/> personali <input type="checkbox"/> fornitura asl</p> <p>Pannoloni forniti da USL</p> <p style="padding-left: 40px;">Si No</p> <p>Altri presidi forniti da USL</p> <p style="padding-left: 40px;">No Si</p> <p>Quali:_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ausili: Si No</p> <p>Personalì</p> <p>Prescritti da_____</p> <p>_____</p> <p>Carrozzina letto Cuscino</p> <p>antidecubito deambulatore</p> <p>Materasso antidecubito</p> <p>Altro (specificare)_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---	--

Data_____

firma del richiedente/contraente _____

timbro e firma del MMG_____

(sez. a cura del medico curante)

Notizie clinico/anamnestiche e stato di salute generale		Malattie infettive contagiose in atto tali da controindicare la vita in comunità	
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		Non note No	
		Si (specificare)_____	

Ultimo ricovero ospedaliero (se possibile indicare mese/anno e diagnosi alla dimissione)_____	Eventuali ricoveri precedenti (se ritenuti utili)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Terapia in atto _____	Portatore di pacemaker: No Si dal_____
_____	Percorsi TAO attivi: No SI
_____	Nome farmaco_____
_____	Piani terapeutici in atto: Si No
_____	Nome farmaco/i_____
_____	_____
_____	_____
Radioterapia	Chemioterapia

<p style="text-align: center;">Positività</p> <p><input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HAV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> KLEBSIELLA</p> <p><input type="checkbox"/> CLOSTRIDIUM DIFF. <input type="checkbox"/> Altro _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ricoveri per patologia psichiatrica: Si No</p> <p>Note _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Allergie</p> <p>Non note No Si (specificare) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Trattamenti Sanitari Obbligatori: Si No</p> <p>Note _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Utilizzo di presidi precauzionali No</p> <p>Si (specificare):</p> <ul style="list-style-type: none"> • fascia addominale • tavoline per carrozzina • sponde • fascia pelvica • altro _____ 	<p>Utilizzo di mezzi di contenzione restrittivi No</p> <p>Si (specificare):</p> <ul style="list-style-type: none"> • corsetto • lenzuolo anticaduta • fasce di sicurezza per il letto • polsiere di contenimento • altro _____
<p style="text-align: center;">Ossigenoterapia:</p> <p>24 ore (continua)</p> <p>Ossigeno liquido</p> <p>Ossigeno gassoso</p> <p>Al bisogno (discontinua)</p> <p>Ossigeno liquido</p> <p>Ossigeno gassoso</p>	<p>Lesioni da pressione: No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Sede _____ stadio I II III IV</p> <p>Sede _____ stadio I II III IV</p> <p>Sede _____ stadio I II III IV</p> <p>Altre lesioni cutanee :</p> <p>No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>(sede) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Tracheostomia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tipo canula _____</p> <p>Ventilazione <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> Non invasiva</p> <p>Dialisi <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Peritoneale <input type="checkbox"/> Extracorporea</p>	

Data _____ Timbro e firma del medico curante _____

Richiedente/contraente _____

**PRIVACY (REGOLAMENTO UE N. 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO -
ARTICOLO 13)**

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali dell'UE (GDPR 2016/679), La informiamo che i suoi dati personali, quelli dell'Assistito e dei suoi familiari da Lei volontariamente messi a disposizione della Società, in qualità di titolare del trattamento (in seguito "Titolare"), saranno oggetto di trattamento nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali e, comunque, dei principi di correttezza, liceità e riservatezza cui è ispirata l'attività della Società. I dati personali e le categorie particolari di dati personali forniti suoi, dei suoi familiari e dell'ospite, inclusi i dati genetici, biometrici, clinici e/o dati relativi allo stato di salute, verranno trattati, a titolo esemplificativo e non esaustivo, per le seguenti finalità:

- a) Attività di assistenza socio-sanitaria;
- b) Ulteriori attività sanitarie, diverse da quanto indicato al precedente punto, comunque connesse alla salute dell'ospite;
- c) Attività amministrative e, in generale, attività connesse alla gestione operativa dei servizi forniti (es. prenotazione, regolare compilazione della documentazione clinica, pagamento della retta e/o quota parte della retta giornaliera, rimborso delle spese sostenute etc.);
- d) Attività legate alla fornitura di altri beni o servizi all'Assistito da Lei rappresentato per la sua salvaguardia della salute (es. fornitura di ausili e protesi), anche attraverso una rete di comunicazione elettronica;
- e) Gestione del contenzioso, anche attraverso l'utilizzo di professionisti (legali, assicurativi, ecc.) dalla società incaricati.

Il Contraente, con la sottoscrizione della presente richiesta, acconsente al trattamento dei suoi dati, di quelli del Suo Assistito e dei suoi familiari per le finalità espresse nell'informativa privacy completa allegata alla presente domanda che dichiara di aver attentamente letto e di ben conoscere. Il Titolare del Trattamento è il Legale Rappresentante pro tempore della Società.

Firma del Richiedente/Contraente _____

Gentile Cliente/Contraente al momento dell'ingresso le ricordiamo di :

- ✓ consegnare alla struttura tutta la documentazione sanitaria pregressa, risalente almeno agli ultimi sei mesi (cartelle cliniche, visite specialistiche, esami ematochimici, radiografie, ecc);
- ✓ consegnare copia della carta d'identità, codice fiscale, tessera sanitaria, eventuale relazione di invalidità e codice di esenzione;
- ✓ consegnare copia della Carta identità e codice fiscale del contraente;
- ✓ consegnare codice iban dell'ospite per la restituzione della cauzione e delle somme non usufruite al momento della dimissione.

Nell'eventualità il medico curante fosse impossibilitato alla compilazione delle sezioni di propria competenza, necessitiamo a firma del medico di:

- ✓ una relazione clinico/anamnestica, che riporti lo stato di salute generale della persona, eventuali positività ed allergie ;
- ✓ un documento attestante la terapia in corso (*in caso le possiamo consegnare il modulo A.040 – Foglio terapia da riavere compilato e firmato*);
- ✓ un certificato comprovante che la persona può vivere in ambiente comunitario e che non è affetta da malattie infettive attive in corso.

Qualora la persona per la propria incolumità si avvale di presidi precauzionali e/o mezzi di contenzione restrittivi, necessitiamo di una autorizzazione da parte del medico curante in merito al loro utilizzo.

In caso la persona fosse seguita da un amministratore di sostegno/tutore, al momento dell'ingresso è necessario produrre copia del decreto di nomina.

La Direzione Struttura

Firma del Cliente/Contraente

Nel caso in cui l'ingresso non andasse a buon fine specificare il motivo

(a cura della direzione struttura)

Data _____

La Direzione Struttura
