

**DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A.****SEZ. 1****DATI ANAGRAFICI**

COGNOME E NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ (PROV. _____) DATA _____ M F

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ (PROV. _____) IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

TELEFONO/CELL. _____ E - MAIL _____

DOMICILIO IN _____ (_____)
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA _____ N° _____ TELEFONO/CELL. _____

EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:_____
COGNOME E NOME TELEFONO_____
CITTA' VIA/PIAZZA N° CIVICO_____
ATTO N° DEL TRIBUNALE DI**PERSONA DI RIFERIMENTO**_____
COGNOME E NOME DATA DI NASCITA_____
RESIDENTE A PROV. IN VIA/PIAZZA N._____
GRADO DI PARENTELA E-MAIL_____
TELEFONO/CELL. ALTRI RECAPITI TELEFONICI

URGENZA DELLA DOMANDA:

- ESTREMA ORDINARIA INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA A SCOPO PREVENTIVO

MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:

- STATO DI SALUTE SOLITUDINE
 PROBLEMI FAMILIARI ALTRO (specificare):.....
.....
 CONDIZIONI ABITATIVE ALLOGGIO NON ADEGUATO
 TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA EVENTUALE SFRATTO

SEZ. 2 DATI PERSONALI

SCOLARITÀ:

- ELEMENTARI SUPERIORI ALTRO

ATTIVITÀ LAVORATIVA:

.....

IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:

- CONSENZIENTE INDIFFERENTE NON IN GRADO DI DECIDERE
 CONTRARIO NON INFORMATO

LA RICHIESTA È PER UN RICOVERO:

- TEMPORANEO DEFINITIVO

STATO CIVILE:

- CELIBE / NUBILE
 CONIUGATO / A
 SEPARATO / A
 DIVORZIATO / A
 VEDOVO / A

PENSIONE TIPO :

- ANZIANITA' -VECCHIAIA REVERSIBILITÀ INVALIDITÀ SOCIALE
 ALTRO (indicare il tipo) NESSUNA PENSIONE

INVALIDITÀ CIVILE:

- IN CORSO RICONOSCIUTA, AL _____ % DOMANDA NON PRESENTATA

**INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:**

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NON RICONOSCIUTA | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) | <input type="checkbox"/> CIECO ASSOLUTO |
| <input type="checkbox"/> IN ATTESA | | <input type="checkbox"/> CIECO CON RESIDUO VISIVO |
| <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA | | <input type="checkbox"/> INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO |
| | | <input type="checkbox"/> SORDOMUTO |

RICONOSCIMENTO L. 104 /92

- IN CORSO SÌ NO DOMANDA NON PRESENTATA

SEZ. 3 RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI
ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AL PROPRIO DOMICILIO | <input type="checkbox"/> PRESSO PROPRI FAMILIARI |
| <input type="checkbox"/> IN OSPEDALE (INDICARE QUALE).....
.....
REPARTO..... | <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)
.....
REPARTO |
| <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)
..... | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |

SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:

- DI PROPRIETÀ IN AFFITTO

SITUAZIONE FAMILIARE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |
| <input type="checkbox"/> NON VIVE SOLO | |
| <input type="checkbox"/> CONIUGE | |
| <input type="checkbox"/> FIGLIO/A | |
| <input type="checkbox"/> BADANTE | |
| <input type="checkbox"/> ALTRO | |

IL CONVIVENTE È:

- AUTOSUFFICIENTE PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

ELENCO DEI PRINCIPALI FAMIGLIARI O PARENTI

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, via, n°civico)	TELEFONO	CONVIVENTE?	
1					<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
2					<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
3					<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
4					<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

**SERVIZI TERRITORIALI DI CUI USUFRUISCE:**

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
<input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE	<input type="checkbox"/> M.M.G.
<input type="checkbox"/> PULIZIA CASA	<input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE
<input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA	<input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE
<input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____
<input type="checkbox"/> PASTO CALDO	
<input type="checkbox"/> TELESOCCORSO	
<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____	

ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

- CENTRO PSICOSOCIALE CENTRO DIURNO ANZIANI CENTRO DIURNO INTEGRATO

USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDI A DOMICILIO:

- CARROZZINA MATERASSO ANTIDECUBITO SOLLEVATORE
 ALTRO (specificare).....

SEZ. 4 Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003
--

Gentile Signore/a,

il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Desideriamo quindi informarla che ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, (D.lgs. 196/03), per poter accettare la presente domanda di ricovero e dar corso all'ammissione presso una R.S.A. è necessario che i soggetti gestori delle R.S.A. per le quali è presentata la domanda conoscano i dati personali del richiedente l'ammissione e i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso.

I dati personali e relativi allo stato di salute forniti o altrimenti acquisiti, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti, connessi e/o strumentali al procedimento di inserimento in R.S.A. formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria; ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza in R.S.A. non può prescindere dall'acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l'ammissione ritenuti utili.

Pertanto, in mancanza del conferimento di dati, la domanda di ammissione in R.S.A. non può essere accolta.

I dati acquisiti saranno comunicati all' ATS della Brianza e alla Regione Lombardia per l'assolvimento del debito informativo prescritto dalla normativa regionale.

Si precisa che Titolare del trattamento è Il Legale Rappresentante della RSA.

Si ricorda inoltre che Lei potrà in qualunque momento far valere diritti previsti dall'art. 7 d. lgs.196/2003.

D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali - Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a

conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale

Dichiarazione di consenso

Il sottoscritto _____, in relazione alla presente domanda di ammissione in R.S.A. , e presa visione dell'informativa all'utenza sopra esposta, esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi allo stato di salute relativi al richiedente il ricovero, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa stessa.

Data.....

In fede _____

LA RICHIESTA VIENE INOLTATA:

DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO

DA UN PARENTE

(specificare).....

ALTRO

(specificare).....

(NOME E COGNOME) _____ tel. _____

Il sottoscritto _____ dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato e che, al fine di adempiere a tutte le procedure d'ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna altresì a comunicare alle RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, ecc)

Firma dell' interessato o del richiedente _____

Data _____

Si allega :

- copia carta d'identità dell'interessato
- copia tessera sanitaria dell'interessato.

Parte riservata alla struttura

INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio dell' Agenzia della Salute (ATS) della Brianza. La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai medici di famiglia di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una persona accolta in RSA o in un CDI. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

1	Assente	Nessuna compromissione di organo o sistema
2	Lieve	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente.
3	Moderato	La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario. La prognosi può essere buona.
4	Grave	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
5	Molto grave	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

- **Ipertensione:** il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;
- **Disturbi vascolari:** comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;
- **Apparato gastroenterico superiore:** comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari
- **Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo:** comprende le lesioni da decubito
- **Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.

Responsabile UOC Accesso ai Servizi e
 Continuità Assistenziale

Dr. Andrea De Vitis

Direttore. Dipartimento PIPSS
 (Programmazione per Integrazione delle
 Prestazione Sociosanitarie con quelle Sociali)

Dr. Maurizio Resentini



RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE
PER L'INGRESSO IN R.S.A.

Sig./ra _____

Data di nascita _____ Tessera sanitaria _____ Data compilazione _____

Esenzione _____

Sez. 1 PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITÀ

	1	2	3	4	5	
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	Data insorgenza
Patologie cardiache Specificare: _____						
Ipertensione arteriosa Specificare: _____						
Patologie vascolari Specificare _____						
Patologie respiratorie Specificare _____						
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____						
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____						
Patologie epatiche Specificare _____						
Patologie renali Specificare _____						
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____						
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____						



Patologie neurologiche centrali e periferiche (<i>escluse</i> le demenze) Specificare						
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sespi e stati tossici) Specificare						
Patologie psichiatrico-comportamentali(<i>incluse</i> le demenze) Specificare						

Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione	
<input type="checkbox"/> NESSUNO	<input type="checkbox"/> DISFAGIA
<input type="checkbox"/> STATO NUTRIZIONALE SODDISFACENTE	<input type="checkbox"/> DIETA FRULLATA O OMOGENEIZZATA
<input type="checkbox"/> OBESITÀ	<input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ENTERALE:
<input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE	<input type="checkbox"/> SONDINO NASO - GASTRICO
<input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO	<input type="checkbox"/> GASTROSTOMIA (PEG) / DIGIUNOSTOMIA
<input type="checkbox"/> SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE	<input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE
<input type="checkbox"/> SI ALIMENTA CON AIUTO	
<input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE	
Diabete mellito	
<input type="checkbox"/> TRATTATO CON LA SOLA DIETA	<input type="checkbox"/> INSULINOTERAPIA
<input type="checkbox"/> FARMACI ANTIDIABETICI ORALI	
Lesioni cutanee	
<input type="checkbox"/> LESIONI DA DECUBITO	SEDE: _____ STADIO _____
<input type="checkbox"/> LESIONI VASCOLARI	SEDE: _____ STADIO _____
Coma o stato vegetativo	<input type="checkbox"/>
Sclerosi Laterale Amiotrofica	<input type="checkbox"/>
Linguaggio	Vista ed udito
<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> VEDE E SENTE BENE
<input type="checkbox"/> DISARTRIA	<input type="checkbox"/> NON VEDE
<input type="checkbox"/> AFASIA <input type="checkbox"/> ESPRESSIVA	<input type="checkbox"/> NON SENTE
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DI COMPrensIONE	<input type="checkbox"/> DEFICIT CORRETTO DA PROTESI E/O OCCHIALI IN USO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GLOBALE	
Igiene	Capacità di vestirsi / svestirsi
<input type="checkbox"/> SI LAVA AUTONOMAMENTE	<input type="checkbox"/> SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE
<input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE	<input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTIRSI
<input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE



Mobilità	Cadute negli ultimi 3 mesi
<input type="checkbox"/> SI MUOVE AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> SI MUOVE CON DEAMBULATORE <input type="checkbox"/> IN CARROZZINA <input type="checkbox"/> ALLETTATO	<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> 1 – 3 VOLTE <input type="checkbox"/> PIÙ DI TRE VOLTE
Terapia riabilitativa in corso	Assistenza respiratoria
<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> POST-ACUTA <input type="checkbox"/> DI MANTENIMENTO	<input type="checkbox"/> OSSIGENO OCCASIONALMENTE <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 GASSOSO <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 LIQUIDO <input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA
Minzione e Evacuazione	
<input type="checkbox"/> UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE AD INTERMITTENZA <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA <input type="checkbox"/> URETEROCUTANEOSTOMIA	<input type="checkbox"/> NEFROSTOMIA <input type="checkbox"/> STIPSI (BISOGNO DI CLISTERI EVACUATIVI) <input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA
Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore	
<input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE O PER EVENTI RECENTI <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA SEVERA O NON RAMMENTA NULLA <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NEL TEMPO <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NELLO SPAZIO <input type="checkbox"/> COMPLETA CONFUSIONE SENZA CAPACITÀ DI RELAZIONE CON L'ESTERNO <input type="checkbox"/> PROBLEMI DI LINGUAGGIO E/O DEFICIT DI COMPrensIONE <input type="checkbox"/> FACILE IRRITABILITÀ <input type="checkbox"/> CAMMINO INCESSANTE SENZA UN PRECISO SCOPO O AFFACCENDAMENTO <input type="checkbox"/> URLA O LAMENTAZIONI O VOCALISMI RIPETITIVI <input type="checkbox"/> DISTURBI DEL SONNO (EVENTUALE SPECIFICA)	<input type="checkbox"/> DISFORIA/EUFORIA E/O COMPORTAMENTI DISINIBITI <input type="checkbox"/> DELIRI E ALLUCINAZIONI <input type="checkbox"/> STATO ANSIOSO <input type="checkbox"/> TONO DELL'UMORE DEFLESSO <input type="checkbox"/> APATIA, RITIRO SOCIALE, PERDITA DI INTERESSI <input type="checkbox"/> TENTATI SUICIDI <input type="checkbox"/> ETILISMO ATTUALE <input type="checkbox"/> ETILISMO PREGRESSO <input type="checkbox"/> AGGRESSIVITÀ VERSO SÉ E/O VERSO ALTRI <input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, SONO STATI UTILIZZATI MEZZI DI PROTEZIONE/CONTENZIONE <input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, ABBANDONO DEL DOMICILIO/STRUTTURA DI RICOVERO, SENZA CAPACITÀ DI FARVI RITORNO <input type="checkbox"/> ALTRO
Terapia dialitica	
<input type="checkbox"/> DIALISI PERITONEALE	<input type="checkbox"/> DIALISI EXTRACORPOREA
<input type="checkbox"/> Radioterapia	
<input type="checkbox"/> Chemioterapia	



Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____

Allergie a farmaci

NO

SI quali? _____

Il soggetto è esente da malattie infettive e contagiose e può vivere in comunità? SI NO

Eventuali note: _____

Timbro e firma del Medico

Telefono
