



MODULO DI RICHIESTA RICOVERO IN R.S.A. (Residenza Sanitario Assistenziale)

<p>Attestazione di Ricevimento</p> <p>(spazio per il timbro di ricevuta e data)</p> <hr/> <p>NOTE di compilazione → Indicare la preferenza inserendo nelle caselle a fianco della RSA un numero (01 - 02 ... 13) in ordine di scelta (anche la stessa preferenza a più RSA a pari merito) oppure due XX se si scelgono tutte (e in tutte le caselle)</p>	<p>Preferenze per il ricovero nelle RSA</p> <p><input type="checkbox"/> "ZONCADA" - Borghetto Lodigiano</p> <p><input type="checkbox"/> "VITTADINI" - Casalpusterlengo</p> <p><input type="checkbox"/> "MILANI" - Castiglione d'Adda</p> <p><input type="checkbox"/> "O.P.R. CODOGNO" - Codogno</p> <p><input type="checkbox"/> "S. TERESA" - Livraga</p> <p><input type="checkbox"/> "S. CHIARA" - Lodi</p> <p><input type="checkbox"/> "S. SAVINA" - Lodi</p> <p><input type="checkbox"/> "MONS: TRABATTONI" - Maleo</p> <p><input type="checkbox"/> "CORAZZA" - Maleo</p> <p><input type="checkbox"/> "VALSASINO" - S. Colombano</p> <p><input type="checkbox"/> "S. CABRINI" - S. Angelo Lod.no</p> <p><input type="checkbox"/> "GROSSI" - Senna Lod.na</p> <p><input type="checkbox"/> "VIGONI" - Somaglia</p>
--	--

Generalità dell'Interessato/a (soggetto per cui si chiede il ricovero)

Nome _____ Cognome _____ M F

Stato Civile _____ Cittadinanza _____ ASL Residenza _____

nato/a a _____ (_____) il _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

residente a _____ (_____)

Via _____ n. _____ tel. _____ / _____

Domiciliato a _____ (_____) Via _____ Tel. _____

Medico M.G. Dott. _____

Indirizzo _____ *Tel.* _____

Persona/e di riferimento

grado di parentela _____ cognome _____ nome _____ tel. _____

Numero Figli: Maschi Femmine **Il Soggetto Proviene:** Casa Struttura

Struttura di provenienza _____



A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:

- Che il soggetto per cui è fatta richiesta di ricovero è nato/a in data e luogo sopra riportati;
- Che il soggetto per cui è fatta richiesta di ricovero è residente nel luogo sopra riportato;

Soggetti che si faranno carico delle spese di degenza

Direttamente il richiedente

Il Comune di residenza SI completamente Parzialmente (con contributo) NO

ha già richiesto l'impegnativa del Comune SI NO

- Impegnativa comunale del
Richiesta da presentare
Richiesta presentata il

I famigliari obbligati per legge al pagamento della retta (elencare)

- Nome...Cognome...parentela...
indirizzo... tel.
Nome...Cognome...parentela...
indirizzo... tel.
Nome...Cognome...parentela...
indirizzo... tel.

Allega la seguente documentazione:

- 1. fotocopia documento di identità
2. scheda situazione economica (compilare l'allegato A)
3. scheda sanitaria (compilare allegato B da parte del medico curante)
4. scheda fattori sociali (allegato C) [compilazione a cura della A.S.L. se residente ASL Lodi]

Cognome e Nome richiedente

Interessato ovvero familiare o tutore o altro se diverso dall'interessato

Data,

Firma:

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati, nel rispetto del D.L. n. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente richiesta.

Data,

Firma:

Il compilatore:



ALLEGATO A

Dati del soggetto per cui è richiesto il ricovero

Nome _____ Cognome _____

Situazione economica del soggetto di cui si chiede il ricovero in RSA

Pensione

- INPS cat. VO vecchiaia n.
- INPS cat. IO invalidità n.
- INPS cat. SO reversibilità n.
- INPS cat. PS sociale n.
- Stato (INPDAP, Ministero Tesoro, ecc.) n.
- Invalidità civile n.
- Indennità accompagnamento n.
- Altro

Accertamento invalidità civile (barrare la casella che interessa)

- In corso
- Accertata di grado%
- Domanda non presentata

Autorizzazioni

Con la presente, ad ogni effetto di Legge, il firmatario, in relazione alla domanda di ricovero del suindicato soggetto:

AUTORIZZA

- a rendere note al pubblico eventuali immagini fotografiche e/o audiovisive del medesimo, nell'ambito delle iniziative volte ad illustrare l'attività della RSA;
- a sottoporre il medesimo alle terapie riabilitative ritenute idonee dalla Direzione Sanitaria;

DICHIARA

- Di essere a conoscenza di dover informare la Struttura di ricovero di tutte le patologie, allergie, intolleranze, abitudini particolari, problemi comportamentali relativi al soggetto per cui si richiede il ricovero;
- di accettare che sin dal momento del ricovero, ed in ogni altro momento, il soggetto venga sottoposto a viste, esami, accertamenti diagnostici e/o strumentali, ritenuti idonee alla tutela della salute dell'interessato;
- di accettare che le terapie farmacologiche, visite, richieste di ricovero ospedaliero, visite, accertamenti diagnostici e/o strumentali, dipendono dal Responsabile Sanitario della struttura o Suo medico delegato, in relazione ad ogni aspetto medico, igienico, sanitario, alimentare o comunque riferibile alla salute del soggetto.

Generalità del soggetto compilatore: **Cognome e Nome** _____

Data _____

Firma _____



ALLEGATO B SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICO - FUNZIONALE DI PRE – INGRESSO

Da compilarsi a cura del medico curante

TIPOLOGIA DEL RICOVERO: R.S.A. NUCLEO ALZHEIMER TEMPORANEO

Cognome e nome _____ sesso M F

nato/a il _____ a _____ provincia _____

Medico Curante Dott. _____ tel. _____

Data della valutazione _____ disponibile ad entrare dal _____

INDICI FUNZIONALI				
	autonomo	con supervisione	con aiuto	totale dipendenza
Trasferimenti letto/sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomozione su sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INDICI COGNITIVI				
	assente	lieve	moderata	grave
Confusione/orientamento spazio temporale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vagabondaggio afinalistico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allucinazioni (visive e/o uditive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività (verbale e/o fisica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inversione ritmo sonno/veglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie psichiatrico – comportamentali				
Nel caso di qualsiasi tipo di demenza deve essere allegata idonea documentazione sanitaria di struttura pubblica (unità di Valutazione Alzheimer, ambulatorio di neurologia, psichiatria, geriatria) da cui si evinca l'assenza di disturbi del comportamento o l'eventuale necessità all'inserimento nel Nucleo Alzheimer.				
Diagnosi:				
Valutazione sintetica della gravità del disturbo cognitivo e comportamentale				
<input type="checkbox"/> nessuna o lieve compromissione		<input type="checkbox"/> moderata compromissione		<input type="checkbox"/> grave compromissione
ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA				



PROFILI DI GRAVITA'			
Lesioni cutanee dal II° stadio in poi		classificazione NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)	
<input type="checkbox"/> da pressione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Sede _____
<input type="checkbox"/> vascolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Sede _____
Cadute negli ultimi sei mesi (anche senza conseguenze)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Numero delle cadute			
Ausili per il movimento		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Bastone / deambulatore		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Carrozzina		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Gestione incontinenza		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pannolone / catetere esterno		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale a permanenza		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ano artificiale		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Stomia	<input type="checkbox"/> ureterostomia	<input type="checkbox"/> colostomia	<input type="checkbox"/> tracheotomia
Gestione diabete		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Solo dieta		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Antidiabetici orali		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insulina		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Alimentazione artificiale		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S.N.G. (sondino naso gastrico)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P.E.G.		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
N.P.T. (nutrizione parenterale totale)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insufficienza respiratoria		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
O ₂ al bisogno		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
O ₂ costante		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi peritoneale		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi extracorporea		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Allergie Farmaci	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quali	
Allergie Alimenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quali	
TERAPIA FARMACOLOGICA			
DIAGNOSI			

Timbro e firma del medico

Data _____

.....



ALLEGATO C SCHEDA SOCIALE

Cognome _____ Nome _____

Esenzione Ticket	Eventuale data decesso
Status: _____ / _____	_____ / _____
Patologia: _____ / _____	

RISORSE FAMILIARI

- 3.1 Persona sola
- 3.2 Convivente/i attivo/i (*) n° _____
- 3.3 Convivente/i NON attivo/i (*) _____
- 3.4 Familiare/i NON convivente/i attivabile/i n° _____
- 3.5 Familiare/i NON convivente/i NON attivabile/i n° _____
- 3.6 Conviventi non attivi o attivabili (motivazione):

.....

.....

.....

.....

(*) Per attivo si intende la/le persona/e priva/e di impedimenti fisici.

Scala Valutazione	Punteggio
Con familiare/i attivo/i <input type="checkbox"/> 25	Con familiare/i parzialmente attivabile/i <input type="checkbox"/> 8
Con familiare/i parzialmente attivo/i <input type="checkbox"/> 15	Persona sola o con familiare/i totalmente assente/i <input type="checkbox"/> 1

CONDIZIONE ECONOMICA FAMILIARE

- 2.1 Reddito mensile (netto) del nucleo familiare: € _____
- 2.2 Indennità di accompagnamento: SI NO In corso accertamento
- 2.3 Spese mediche mensili: € _____
- 2.4 Assistenza privata mensile: € _____
- 2.5 Canone affitto mensile € _____

Scala Valutazione	Punteggio
Sufficiente <input type="checkbox"/> 20	Insufficiente <input type="checkbox"/> 7
Parzialmente sufficiente <input type="checkbox"/> 15	Gravemente insufficiente <input type="checkbox"/> 1



COMPILAZIONE A.S.L.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI FATTORI SOCIALI

CONDIZIONE ECONOMICA FAMILIARE (punteggio da 20 a 1)		
1	sufficiente	20
2	parzialmente sufficiente	15
3	insufficiente	7
4	gravemente insufficiente	1
RISORSE FAMILIARI (punteggio da 25 a 1)		
1	con familiare/i attivo/i	25
2	con familiare/i parzialmente attivo/i	15
3	con familiare/i parzialmente attivabile/i	8
4	con familiare/i totalmente assente/i o solo	1
CARICO ASSISTENZIALE (punteggio da 20 a 1)		
1	assente	20
2	basso	15
3	discreto	5
4	elevato	1
ALTRE RISORSE ATTIVABILI (punteggio da 15 a 1)		
1	assistenza da privati	15
2	assistenza da Associazioni di Volontariato	10
3	assistenza da parte del vicinato	5
4	altro (specificare)	1
CONDIZIONI ABITATIVE (punteggio da 15 a 1)		
1	idonea	15
2	piccole barriere architettoniche	10
3	importanti barriere architettoniche	5
4	totale inadeguatezza	1
ANZIANITA' (punteggio da 5 a 1)		
1	età inferiore a 70 anni	5
2	età compresa tra 71 e 75 anni	4
3	età compresa tra 76 e 85 anni	2
4	età superiore a 86 anni	2

PUNTEGGIO RIPORTATO: (massimo 100) _____

SINTESI: da **100 a 70** punti - situazione sociale compensata / da **69 a 37** punti - situazione sociale parzialmente compensata / da **36 a 8** punti - situazione sociale problematica / **fino a 7** punti - situazione sociale gravemente problematica.

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data: _____

Il Compilatore: _____