

ALLEGATO B



FONDAZIONE ISTITUTO MADONNA DELLA CROCE ONLUS
residenza casa di cura per anziani#casaserena

Compilazione a cura del Direttore Sanitario data : firma:	CLASSE SOSIA PRESUNTA : PIANO D'INSERIMENTO PRESUNTO : VISITA MEDICA: SI NO Accettato/a SI NO
--	--

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il sottoscritto in qualità di

Residente a Via

Recapiti telefoniciemail

CHIEDE

CHE VENGA PRENOTATO UN POSTO PER LA SEGUENTE PERSONA:

Signor/a.....

Nato/a.....il.....

Residente a.....in via.....

Stato civile.....figli no si maschi n..... femmine n.....

Cittadinanza.....Codice fiscale.....

Provenienza Scolarità

N° tessera sanitaria (codice assistito).....

Carta d'identità n°

Ente erogatore e tipo di pensione percepita:

Invalidità: si no percentuale

Indennità di accompagnamento: si no pratica in itinere presentata il

Situazione abitativa al domicilio:

- vive solo
- vive solo con badante
- vive con altro familiare/convivente
- vive con altro familiare/convivente e badante
- vice con altre persone non parenti e non partner

Situazione alla data della domanda:

- a domicilio senza alcuna assistenza
- a domicilio con assistenza domiciliare SAD
- a domicilio con assistenza domiciliare ADI /voucher sanitario
- a domicilio con frequenza in centro diurno
- ricoverato in Ospedale
- ricoverato in riabilitazione
- già ospite in altra RSA
- altro

Altre persone di riferimento:

Cognome Nome	Parentela	Indirizzo	Recapito telefonico

Alla presente si allega:

- a) (parte per il medico curante)
- b) (scheda di inserimento (parte per la famiglia/caregiver)
- c) fotocopie di: carta d'identità, codice fiscale, tessera sanitaria ASL (CRS), tesserini esenzione ticket, verbale invalidità della persona per conto della quale si presenta la domanda.

E' stata attivata la richiesta della nomina di tutore legale Si No

Se si quale forma:.....

Il Codice Etico e la Carta dei servizi sono consultabili sul sito della Fondazione:

www.madonnadellacroce.it

(firma per presa visione) :

Ai sensi del regolamento UE 2016/679, i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

(firma del richiedente)

Viggiù, _____



SCHEDA DI INSERIMENTO

RSA

CDI

MINIALLOGGI

RICHIESTA DI INVALIDITA'

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Informazioni anagrafiche

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____ il __ / __ / ____

Residente _____ via/piazza _____ n° _____

Parte per il Medico curante

Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)

Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse

Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti

Dispositivi in uso	Catetere vescicale Sondino naso-gastrico PEG Catetere venoso centrale Pace-maker ICD (defibrillatore) Tracheostomia Stomie Broncoaspirazione Porth-a-cath Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno Ventilatore per insuff. respiratorie gravi
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (<i>specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale</i>), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) ALLERGIE	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare

Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> Stabile	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> Moderatamente stabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> Moderatamente instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	<input type="checkbox"/> Instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> Acuzie	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si richiede visita domiciliare: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	--

data

firma

.....

.....

**SCHEDA DI INSERIMENTO** RSA CDI MINIALLOGGI RICHIESTA DI
INVALIDITA'**Informazioni anagrafiche**

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____ il ___/___/___

Residente _____ via/piazza _____ n° _____

Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI' NO Ente erogatore _____ Invalidità SI' NO Codice invalidità _____
Modalità di gestione del reddito	Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Assistenza Primaria	Dott./Dott.ssa _____ Tel.....
Servizi di supporto in atto (assistente domestica, ADI, servizio pasti a domicilio, CDI, ecc...)	
Provenienza Domicilio, Ospedale, SDR, RSA, altro	

Parte per la famiglia/caregiver

Parte per la famiglia/caregiver

Diete particolari	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____
Comportamenti auto lesivi	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____
Fumo	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Alcol	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Interessi attuali Lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
Capacità di nutrirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Necessita di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato <input type="checkbox"/>
Masticazione	Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca <input type="checkbox"/>
Protesi dentarie	NO <input type="checkbox"/> SI' la usa <input type="checkbox"/> SI' ma non la usa <input type="checkbox"/>
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Bagno/doccia	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

Continenza vescicale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere <input type="checkbox"/>
Continenza intestinale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia <input type="checkbox"/>
Uso dei servizi igienici	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Capacità di vestirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Vista	Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Ipo visus/cecità <input type="checkbox"/>
Udito	Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Ipoacusia/sordità <input type="checkbox"/>
Capacità di leggere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Capacità di scrivere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Linguaggio	Normale <input type="checkbox"/> Alterato <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

Mobilità	Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato <input type="checkbox"/>
Capacità di salire le scale	Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado <input type="checkbox"/>
Trasferimento letto/carrozzina/poltrona	Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado <input type="checkbox"/>
Uso della sedia a rotelle	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Autonomo nell'uso SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ausili utilizzati	Nessuno <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare quali _____ Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da _____ Il ____/____/____
Accetta la terapia	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Assume la terapia autonomamente	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Sonno - riposo	Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

<p>Aggressività</p>	<p>SI' <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>A volte <input type="checkbox"/></p>
<p>Tendenza alla fuga/perdersi</p>	<p>SI' <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>A volte <input type="checkbox"/></p>
<p>Cadute negli ultimi 6 mesi</p>	<p>SI' <input type="checkbox"/></p> <p>Numero cadute _____</p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>Utilizza una contenzione</p>	<p>SI' <input type="checkbox"/></p> <p>Specificare _____</p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>Previsione di contatti con il paziente (es. n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)</p>	

ALL'ATTO DEL RICOVERO, SI RACCOMANDA DI CONSEGNARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DELL'OSPITE

data

firma

.....

.....

Consenso al trattamento dei dati personali (barrare il consenso o il rifiuto al consenso)

Cliente

In relazione all'informativa sul trattamento dei dati personali come presentata nella Carta dei Servizi e, per le finalità connesse alle reciproche obbligazioni derivanti dal rapporto contrattuale da instaurarsi/intercorrente nonché per l'adempimento degli obblighi di legge, contrattuali e di normativa anche secondaria e comunitaria

Il/la sottoscritto/a

in qualità di richiedente il ricovero presso la Residenza Sanitaria Assistita di codesta **Fondazione Istituto Madonna della Croce, via Ospedale, 1 - 21059 Viggiù (VA)**

Dà il consenso

Non dà il consenso

- al trattamento dei dati personali del cliente, ai sensi degli artt. 7 e 9 del Regolamento UE 2016/79

Dà il consenso

Non dà il consenso

- al trattamento dei dati personali del cliente da parte di persone fisiche o giuridiche la cui facoltà di accedere ai dati dell'interessato sia riconosciuta da disposizioni di legge;

Dà il consenso

Non dà il consenso

- al personale medico ed infermieristico, per le rispettive competenze, a dare informazioni sullo stato di salute del Cliente nelle forme e nei limiti consentiti dal D.Lgs.196/2003

1. Al sottoscritto

2. Alle persone del nucleo familiare

3. Solo alle seguenti persone: _____

Dà il consenso

Non dà il consenso

al trattamento dei dati personali dell'interessato da parte di persone fisiche o giuridiche che forniscano specifici servizi elaborativi o che svolgono attività strumentali, funzionali o di supporto a quelle svolte da **Fondazione Istituto Madonna della Croce, via Ospedale, 1 21059 Viggiù (VA)**

Data

Firma del richiedente

.....

.....

REGOLAMENTO

In ottemperanza alle norme di sicurezza (decreto LEGGE 81/08), in tutti gli ambienti (soggiorni, corridoi, camere, servizi igienici, ecc.....) **E' VIETATO:**

- **Fumare (legge 16 gennaio 2003, n. 3)**
- **Utilizzare apparecchi elettrici, salvo autorizzazione**
- **Manomettere l'impianto elettrico, installare prolunghe o raccordi**
- **Conservare e fare uso di fornelli, scaldini e stufette**
- **Utilizzare coperte collegate all'impianto elettrico**
- **Utilizzare ferri da stiro o altri oggetti simili**
- **Utilizzare nei servizi igienici apparecchiature elettriche**
- **Conservare recipienti con liquidi o gas infiammabili o tossici**
- **Conservare liquidi di ogni genere in recipienti diversi da quelli originali**
- **Collocare arredi personali senza specifica autorizzazione**
- **Conservare in camera biancheria od effetti personali in quantità maggiore rispetto alle necessità concordate con la responsabile**
- **Conservare in camera oggetti taglienti.**

FIRMA (per presa visione)

SI PRENDE ATTO

- Che l'ammissione definitiva dell'ospite avverrà trascorso un periodo di prova di mesi TRE dalla data dell'effettivo ricovero.
- Che la condizione di non autosufficienza sarà stabilita dal Medico Responsabile dell'Istituto.
- Della facoltà da parte del Medico Responsabile di trasferire l'ospite in altra camera (E' INDIFFERENTE IL NUMERO DI POSTI LETTO DELLA STESSA) per esigenze sanitarie dell'ospite stesso e degli altri ricoverati .
- Che i parenti dell'ospite, o chi per essi, accompagneranno, quando richiesto, il loro congiunto presso ambulatori ed ospedali per esami, indagini sanitarie od eventuali ricoveri programmati o d'urgenza (vedere anche regolamento sanitario dell'Istituto).
- Che la domanda verrà annullata se non interverrà una conferma anche telefonica ogni 3 mesi.

FIRMA (per accettazione) _____

AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA

L'Istituto è autorizzato in via preventiva:

- Al trasporto dell'ospite in caso di necessità presso ambulatori ed altri presidi sanitari.
- Ad accompagnare l'ospite presso luoghi ricreativi o comunitari individuati a scopo di socializzazione ivi compreso gite turistiche.
- L' Istituto resta comunque sollevato da ogni responsabilità in ordine ad eventuali incidenti che dovessero verificarsi nella fase di trasporto.

FIRMA (per accettazione) _____