 Rembrandt <small>COOPERATIVA SOCIALE</small>	MODULO DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO	MOD018
		RSD Casa Maria Consolatrice

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente alla RSD Casa Maria Coonsolatrice l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.) a mezzo:

e-mail: rsdleggiuno@gruppoфинisterre.org

Dichiara di conoscere e di accettare le procedure di inserimento nella Residenza, che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato/a e che, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Dichiara inoltre di

impegnarsi non impegnarsi

a garantire l'isolamento domiciliare della persona, qualora fosse indicato in base ai risultati dei test preliminari per SARS-CoV-2.

data ____/____/____/

Firma: _____

Letto e compreso quanto precede si presta consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili* per la gestione della domanda di ammissione:

SI [] NO []

data ____/____/____/

Firma: _____

(*) Ai sensi del regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) si informa che i dati forniti nella presente modulistica, compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute, sono strettamente connessi alla gestione della domanda di ammissione presso le strutture RSD dell'Azienda. Tali dati potranno essere oggetto di trattamento manuale e/o informatico che sarà effettuato esclusivamente da personale autorizzato dall'Azienda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di tutela dei dati personali. Le precisiamo che il mancato consenso al trattamento di tali dati rende impossibile la gestione della presente domanda di ammissione. Ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy, Lei potrà in qualsiasi momento richiedere all'Azienda indicazioni in merito al trattamento dei Suoi dati personali e/o sensibili nonché esercitare i diritti ivi previsti. Il testo integrale dell'informativa è disponibile presso la Direzione dell'Azienda presso cui è presente il Responsabile del trattamento dei dati.

Elenco dei documenti da allegare alla domanda

1. fotocopia documento di identità in corso di validità
2. fotocopia codice fiscale
3. fotocopia verbale di accertamento di invalidità o domanda di invalidità
4. fotocopia tesserino esenzione ticket
5. fotocopia tessera sanitaria
6. scheda informazioni sanitarie (allegato 1)
7. scheda informazioni socio-famigliari (allegato 2)
8. fotocopia nomina amministratore di sostegno o tutore *(se del caso)*
9. certificato di residenza o autocertificazione con Atto sostitutivo di notorietà

Al momento dell'ingresso in RSD l'Ente Gestore potrà richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria

E' venuto a conoscenza del servizio attraverso:

servizi sociali Medico di famiglia/medico altra struttura conoscenti
 ricerca internet depliant/riviste altro _____

 Rembrandt <small>COOPERATIVA SOCIALE</small>	DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO <i>Scheda Sanitaria</i>	MOD018a
		RSD Casa Maria Consolatrice

Sez. INFORMAZIONI SANITARIE *Compilazione a cura del Medico curante*

Notizie clinico/anamnestiche e stato di salute generale

Ultimo ricovero ospedaliero (se possibile indicare mese/anno e diagnosi alle dimissioni)

Eventuali ricoveri precedenti (se ritenuti utili alla definizione del caso)

Patologie concomitanti

INDICATORE COMORBILITA'	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave
Cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiratoria (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OONGL (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato GI superiore (esofago, stomaco, duodeno, colecisti, pancreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato GI Inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epatiche (solo fegato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renali (solo rene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre patologie genito-urinarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema Muscolo scheletrico – Cute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema nervoso centrale e periferico (non demenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrine Metaboliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psichiatrico – comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Terapie in atto (specificare farmaci assunti e loro posologia)

Allergie note

Stato mentale e comportamentale

(segnalare presenza di ansia, depressione, alcoolismo, manifestazioni psicotiche, tentativi di suicidio, demenza, agitazione psicomotoria, difficoltà di comunicazione, ecc. pregressa o in atto)

 Rembrandt <small>COOPERATIVA SOCIALE</small>	DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO <i>Scheda Sanitaria</i>	MOD018a
		RSD Casa Maria Consolatrice

Stato di coscienza

- Vigile
 Soporoso
 Coma
 Orientato T/S
 Parzialmente orientato T/S
 Disorientato T/S

Disturbi del comportamento

- Deliri
 Allucinazioni
 Agitazione
 Aggressività verbale
 Aggressività fisica
 Apatia
 Depressione
 Ansia
 Irritabilità
 Cammino afinalistico (wandering)
 Stereotipie motorie
 Disturbi dell'alimentazione
 Disturbi del sonno

Incontinenza sfinterica:

- Assente
 Solo urinaria
 Solo fecale
 Doppia incontinenza

Gestione incontinenza:

- Presidi assorbenti
 Catetere vescicale a permanenza
 Nefro/urostomia
 Ano artificiale

Alimentazione

- Normale per os
 Disfagia
 Dieta a consistenza modificata (frullata, addensata,..)
 Sondino naso-gastrico
 PEG
 Nutrizione parenterale

Ausili per la gestione delle insufficienze funzionali in uso

- Ossigenoterapia (continua, a cicli)
 Tracheostomia (tipo di cannula)
 Ventilatore (continuo , a cicli)
 Dialisi (peritoneale , extracorporea)

Organi sensoriali

- Vista normale con lenti cecità
Udito integro corretto con protesi sordità

Presidi ed Ausili in uso:


- Bastone/Canadese (se fornito da ASL)
 Deambulatore (se fornito da ASL)
 Carrozzina (se fornito da ASL)
 Materassino antidecubito(se fornito da ASL)
 Letto Ortopedico (se fornito da ASL)
 Presidi per incontinenza (se fornito da ASL)
 Altro (specificare)_____

Lesioni cutanee da pressione

Sede.....
Grado.....

Linguaggio

- Normale
 Afasico
 Disartrico

 Rembrandt <small>COOPERATIVA SOCIALE</small>	DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO <i>Scheda Sanitaria</i>	MOD018a
		RSD Casa Maria Consolatrice

Altri problemi clinici

Il paziente è esente da malattie contagiose tali da controindicare la vita in comunità. In particolare, non vi sono elementi di COVID-19 sospetta o confermata

Notizie relative alle necessità assistenziali

Consigliata la compilazione a cura del Medico curante

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire il paziente con o senza un sollevatore meccanico
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento
- Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza
- Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. E' indipendente durante tutte le fasi

DEAMBULAZIONE

- Non in grado di deambulare
- Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione
- Necessita dell'assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi
- Indipendente nella deambulazione ma con autonomia limitata (inferiore a 50 metri). Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose
- Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare stampelle, bastone o walker e di deambulare per 50 metri senza aiuto o supervisione


LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE (*Uso della carrozzina alternativo alla deambulazione*)

(*Compilare questi item solo se il paziente è stato classificato 1 nella **Deambulazione** e solo dopo che sia stato istruito all'uso della carrozzina)

- Dipendente negli spostamenti con la carrozzina
- Capace di spostamenti solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre
- Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.
- Capace di spostarsi autonomamente per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.
- Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, al letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere superiore a 50 m.

IGIENE PERSONALE

- Il paziente non è capace di badare all'igiene della propria persona ed è dipendente da tutti i punti di vista
- E' necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale
- E' necessario assisterlo in uno o più aspetti dell'igiene personale
- Il paziente è in grado di provvedere alla cura della propria persona, ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- Il paziente riesce a lavarsi le mani ed il volto, a pettinarsi, pulirsi i denti e radersi. Un maschio può usare qualsiasi tipo di rasoio, ma deve essere in grado di inserirvi la lama, o di collegarsi alla presa

 Rembrandt <small>COOPERATIVA SOCIALE</small>	DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO <i>Scheda Sanitaria</i>	MOD018a
		RSD Casa Maria Consolatrice

ALIMENTAZIONE

- Il paziente è totalmente dipendente riguardo all'alimentazione, e va imboccato
- Riesce a manipolare una posata, di solito un cucchiaino, o un altro strumento, ma è necessaria la presenza di qualcuno che fornisca assistenza attiva durante il pasto.
- Il paziente riesce ad alimentarsi sotto supervisione. L'assistenza è limitata a gesti più complicati, come versare latte o zucchero nel the, aggiungere sale o pepe, imburrare, rovesciare un piatto, o altre attività di preparazione al pasto
- Il paziente è indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- Il paziente riesce a mangiare per proprio conto, su una tavola apparecchiata. Deve essere in grado di adoperare da solo un ausilio, laddove necessario e poter condire con sale, pepe o burro ecc

CONFUSIONE

- E' completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata
- E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- E' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente

IRRITABILITÀ

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo

IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
- Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente; si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano
- Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
- Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

Data di compilazione _____

Timbro e firma del Medico _____

Recapito Telefonico del Medico _____



Rembrandt
COOPERATIVA SOCIALE

DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO

MOD018b

Scheda Socio-famigliare

RSD Casa Maria
Consolatrice

Motivo per cui si richiede ingresso in R.S.D. (barrare anche più risposte)

- Persona non autonoma
- Alloggio non idoneo
- Problematiche sanitarie
- Altro (specificare)
- Vive solo/a
- Difficoltà familiari

Area socio-anagrafica

Stato civile

- Libero
- divorziato/a
- Coniugato/a
- vedovo/a
- Separato/a
- convivente

Scolarizzazione

- Alfabeti privi di titolo
- Licenza media info equivalenti
- Diploma universitario
- Licenza elementare
- Diploma superiore
- analfabeta

Professione esercitata _____

Situazione economica

- Nessuna pensione
- p. sociale /reversibilità
- p d'anzianità _____
- p INAIL
- p inv.civile -accompagnamento
- sussidi specifici

Riconoscimento Invalidità civile

- Si percentuale _____%
- No
- In attesa

Indennità accompagnamento

- Si
- No
- In attesa

Riconoscimento legge 104/92-Handicap grave

- Si
- No
- In attesa

Esenzioni ticket

- Si
- No
- codici _____
- Si
- No
- codici _____
- Si
- No
- codici _____

Tutela giuridica


- Si
- No
- In attesa di nomina

Decreto nomina n° _____ del _____
del Tribunale di _____ quale: Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno nella persona del sig/ra

Composizione del nucleo familiare convivente

Cognome nome	Data nascita	Grado parentela	Recapito telefonico

Indirizzo della famiglia: _____

 Rembrandt <small>COOPERATIVA SOCIALE</small>	DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO Scheda Socio-famigliare	MOD018b
		RSD Casa Maria Consolatrice

Eventuali altri famigliari e persone di riferimento:

Supporto sociale

- presente (vive in famiglia e i membri sono in grado di fornire il supporto necessario)
 parziale (vive solo oppure in famiglia ma i famigliari, anche se presenti, non sono in grado di fornire tutto il supporto necessario)
 assente (vive solo e non sono presenti figure di riferimento)

Servizi territoriali attivi

- SAD servizio sociale comunale ADI
 serv specialisitici _____ altro _____

Eventi nell'ultimo anno

- Morte di famigliare Malattia di famigliare
 Cambio di residenza/abitazione Divorzio/separazione
 altro (specificare) _____

Fumatore

- Si No

Autonomia nelle attività strumentali	Autonomo	Riceve aiuto	Non in grado
Uso del telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare acquisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cucinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia della casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare il bucato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spostarsi con i mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assumere farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maneggiare denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuali altre informazioni utili

Data _____

Firma assistente sociale _____