

e-mail

cellulare

data.....

☐ casa speranza ... ☐ soggiorno aurora ☐ villa moscati

presidi socio-sanitari ed assistenziali - domanda d'inserimento (DI)

a) dati anagrafici

cognome e nome:

nascita: (luogo e data)

cod.fiscale:

tel:

residenza (cap, comune, via):

dimora attuale:

ospitalità precedenti:

b) piano ospitalità

care giver

(riferimenti):

familiare: ☐ no ☐ si (figlio, nipote...).....

motivo richiesta: ☐ riabilitazione ☐ convalescenza ☐ sociofamiliare ☐ altro.....

periodo: ☐ appena possibile ☐ dal ☐ da programmare

durata: ☐ breve ☐ media ☐ residenzialità

richiesta camera: ☐ singola ☐ doppia

c) condizioni generali

1) mobilità: ☐ autonoma ☐ allettamento ☐ bastone ☐ deambulatore ☐ carrozzina ☐ altro.....

2) incontinenza: ☐ assente ☐ totale ☐ parziale

3) igiene corpo: ☐ autonoma ☐ non autonoma ☐ semiautonoma

4) alimentazione: ☐ autonoma ☐ non autonoma

5) dieta: ☐ libera ☐ ipoglicidica ☐ iposodica ☐ omogenea

6) agitazione psicomotoria: ☐ si ☐ no ☐ saltuariam.

7) lesioni da pressione: ☐ si ☐ no

8) orientamento spazio-tempo: ☐ si ☐ no ☐ saltuar.

9) autosufficienza: ☐ buona ☐ discreta ☐ scarsa ☐ nulla

10) richieste personalizzate, condizioni particolari e altro:

☐ reumatalgie ☐ lombalgia ☐ osteoporosi ☐ edema ☐ depressione ☐ insonnia ☐ disregolazioni ☐ eccesso farmacologico
☐ bronchiti ☐ affezioni respiratorie

notizie cliniche

con cortesia, rammentiamo che la **compilazione non veritiera, con particolare riguardo ai punti 8) "orientamento spazio temporale" e 9) "autosufficienza"**, può dar luogo alla sospensione dell'accoglienza dell'ospite. sono sempre necessari i riferimenti (cognome, nome e telefono) di chi presenta la domanda:

cognome e nome tel.

io sottoscritto/a acconsento espressamente al trattamento e comunicazione dei miei dati personali e sensibili ai sensi del d.lgs 196/03.

boves, firma

firma dell'autorizzato e/o di soggetti diversi ai sensi del Provvedimento 30-06-2004 (autorizzazione n.2/2004)

Memo

Gent.mo familiare,

Le presentiamo il nostro percorso:

1. **un primo periodo di osservazione e monitoraggio socio-sanitario della persona ricoverata;**
2. **appuntamenti periodici (counseling) con il familiare** per aggiornamenti reciproci e scambio di informazioni utili per studiare una appropriata e responsabile presa in carico del paziente;
3. **al termine di questa fase - di circa 15 giorni - il Medico della Casa potrà confermare o concludere la degenza dell'ospite**, motivando al familiare l'accettazione o la dimissione del familiare ricoverato.

Intanto, la domanda di ospitalità che avete presentata sarà esaminata con attenzione dal Medico della Casa.

A breve termine, Vi sarà data risposta telefonica sulla idoneità della nostra struttura ad ospitare il Vostro familiare, nonché i tempi di attesa.

Grazie della collaborazione.

La Direzione