

**FONDAZIONE CASA DEL VECCHIO E DEL FANCIULLO
"ITALA VOCHIERI" O.N.L.U.S.**

Viale Italia n. 1 - Frascarolo (PV)
Tel. 0384-84164 – Fax 0384-849907

MODELLO DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____

recapiti telefonici _____

mail _____

nella qualità di _____

di _____

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA RSA

Casa del Vecchio e del Fanciullo "Itala Vochieri" O.N.L.U.S.

Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'Ospite, la presente domanda è da intendersi effettuata con il
consenso di quest'ultimo

Dati anagrafici dell'ospite

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____

Recapiti telefonici _____

Cittadinanza _____ N. tessera TEAM (per stranieri) _____

Stato civile _____ N. figli _____ N. figlie _____

N. Documento di identità _____

Codice Fiscale _____

ATS di appartenenza _____ Codice Assistito (su tessera sanitaria) _____

Dati relativi alla richiesta di ammissione dell'ospite

• Provenienza dell'ospite: casa: NO SI

• Ricoverato c/o _____

• Motivo dell'ingresso in RSA:

• Beneficiario di buono socio-sanitario: NO SI

• Beneficiario di ADI/ voucher: NO SI

Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto:

• Tipologia: - sollievo

- ordinario: - a tempo determinato per _____
 - a tempo indeterminato

• Necessità di ingresso

- urgente
 - breve termine
 - lungo termine

Dati anagrafici del garante individuato per il pagamento

Nome : _____ Cognome: _____

grado di parentela con l'ospite: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

Residente a : _____

Via/Piazza: _____ n. _____

Recapiti telefonici:

Codice Fiscale: _____

Altri referenti dell'ospite da contattare

Cognome _____	Nome _____
grado di parentela con l'ospite _____	
Residente a _____	
Via/Piazza _____	n. _____
recapiti telefonici _____	

Cognome _____	Nome _____
grado di parentela con l'ospite _____	
Residente a _____	
Via/Piazza _____	n. _____
recapiti telefonici _____	

Cognome _____	Nome _____
grado di parentela con l'ospite _____	
Residente a _____	
Via/Piazza _____	n. _____
recapiti telefonici _____	

Dati relativi alle risorse economiche dell'ospite

• **Titolo di studi:**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nessun titolo di studi
(analfabeta) | <input type="checkbox"/> Licenza di scuola media
inferiore o avviamento | <input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore |
| <input type="checkbox"/> Elementare | <input type="checkbox"/> Scuola professionale | <input type="checkbox"/> Laurea |

• **Situazione pensionistica:**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nessuna pensione | <input type="checkbox"/> Reversibilità | <input type="checkbox"/> Invalidità |
| <input type="checkbox"/> Anzianità/vecchiaia | <input type="checkbox"/> Sociale | <input type="checkbox"/> Tipologia speciale (guerra,
infortunio sul lavoro, ecc.) |

● **Posizione Professione:**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pensionato (che ha lavorato) | <input type="checkbox"/> Disoccupato (attualmente) | <input type="checkbox"/> Coadiuvante in aziende a conduzione familiare |
| <input type="checkbox"/> Casalinga (che ha svolto lavoro retribuito) | <input type="checkbox"/> Impiegato, insegnante | <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione |
| <input type="checkbox"/> Casalinga (che non ha mai svolto lavoro retribuito) | <input type="checkbox"/> Artigiano, coltivatore diretto, commerciante, altro | <input type="checkbox"/> Invalido, inabile (anche se pensionato) |
| <input type="checkbox"/> Imprenditore | <input type="checkbox"/> Operaio, salariato agricolo, altro lavoratore | <input type="checkbox"/> Invalido, inabile (che non ha mai svolto lavoro retribuito) |
| <input type="checkbox"/> Dirigente | <input type="checkbox"/> Lavorante a domicilio | <input type="checkbox"/> Altro |

- **Intestatario di indennità di accompagnamento:** SI NO

- **Esenzione ticket n.** _____

Elenco dei documenti da produrre al momento dell'ingresso nella RSA:

- 1) Autocertificazione allegata (se in grado di intendere o di volere), altrimenti, certificato cumulativo dello Stato di famiglia, di residenza ed anagrafico rilasciato dal Comune di residenza
- 2) fotocopia della Carta di identità
- 3) fotocopia della tessera sanitaria magnetica
- 4) fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
- 5) fotocopia tesserino esenzione ticket
- 6) scheda sanitaria allegata

Data _____

Firma del sottoscrittore

Per ricevuta ed accettazione
Nominativo RSA

Informativa ai sottoscrittori ed ai richiedenti per lista d'attesa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679

Introduzione

Egregio Signore/a, la presente informativa stabilisce i termini e le condizioni relativi al trattamento dei suoi dati personali, conformemente alla normativa vigente. Si prega di leggere attentamente questi termini e condizioni.

La Fondazione R.S.A. Casa del Vecchio e del Fanciullo "Itala Vochieri" onlus (in seguito, la Fondazione) La informa di essere " Titolare del trattamento " ai sensi dell'articolo 24 del Regolamento UE 679 del 27 aprile 2016 ("Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati", in seguito il "Regolamento").

Per trattamento di dati personali, il Regolamento intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, anche se non registrati in una banca di dati, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'elaborazione, la selezione, il blocco, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, la diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

Categorie di dati trattati, base giuridica e finalità del trattamento

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento, La informiamo che la Fondazione tratta le seguenti categorie di suoi dati personali da Lei comunicati:

- dati anagrafici (ad esempio, nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale, dati di contatto), sia per i sottoscrittori della domanda, sia per i soggetti iscritti in Lista d'attesa ("Richiedenti");
- dati relativi alla salute, unicamente per i soggetti iscritti in Lista d'attesa ("Richiedenti").

Tali dati sono trattati come requisito essenziale per l'esecuzione del contratto con Lei intercorrente ("base giuridica del trattamento"), con le seguenti finalità:

- Gestione delle Liste d'attesa per l'accesso ai servizi;
- Gestione del protocollo corrispondenza.

La comunicazione, da parte Sua, di tali dati personali è un requisito necessario all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (iscrizione in Lista d'attesa). L'eventuale rifiuto a conferire i dati potrebbe comportare l'impossibilità oggettiva all'esecuzione del contratto con Lei intercorrente.

Dati di contatto

L'identità ed i dati di contatto del "Titolare del trattamento" (Fondazione R.S.A. Casa del Vecchio e del Fanciullo "Itala Vochieri" onlus) sono i seguenti:

Dati di contatto del Titolare del trattamento			
Indirizzo: Viale Italia, 1, 27030 Frascarolo (PV)	Telefono: 0384 84164	Posta elettronica certificata: pec@pec.italavochieri.it	Posta elettronica ordinaria: amministrazione@italavochieri.it

La Fondazione ha inoltre provveduto, ottemperando all'articolo 37 del "Regolamento", a designare il "Responsabile della Protezione dei Dati", affidandogli i seguenti compiti principali:

- informare e fornire consulenza in merito agli obblighi derivanti dal "Regolamento" nonché da altre disposizioni relative alla protezione dei dati;
- sorvegliare l'osservanza del "Regolamento" e, in generale, della normativa vigente.

I dati di contatto del "Responsabile della Protezione dei Dati" sono i seguenti:

Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati			
Indirizzo: Viale Italia, 1, 27030 Frascarolo (PV)	Telefono: 0384 84164	Posta elettronica certificata: pec@pec.italavochieri.it	Posta elettronica ordinaria: amministrazione@italavochieri.it

Destinatari dei Suoi dati personali

I Suoi dati di cui sopra sono stati o saranno comunicati, esclusivamente per esigenze tecniche ed operative strettamente collegate alle finalità sopra enunciate, alle seguenti categorie di destinatari:

- Alla ATS di Pavia (per dati anagrafici dei Richiedenti), in ottemperanza ad obblighi normativi;
- Al Revisore contabile;
- All'Organismo di Vigilanza;
- Al Responsabile per la Protezione dei Dati;
- Ai Legali, consulenti del lavoro, contabili e consulenti esterni.

I dati in formato elettronico potranno essere conservati presso fornitori di servizi informatici in paesi appartenenti all'Unione Europea, conformemente alle disposizioni in materia.

Periodo di conservazione dei dati

Il periodo di conservazione dei dati corrisponde alla terza comunicazione di disponibilità del posto rifiutata.

Diritti dell'interessato

Ai sensi degli articoli 13, comma 2, lettere (b) e (d), 15, 18, 19 e 21 del Regolamento, La informiamo che:

- Lei ha il diritto di chiedere alla Fondazione l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento, o di opporsi al loro trattamento, nei casi previsti;
- Lei ha il diritto di proporre un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito internet ufficiale www.garanteprivacy.it;

Le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate su Sua richiesta – salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato – saranno comunicate dalla Fondazione a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali. La Fondazione potrà comunicarle i nominativi di tali destinatari qualora Ella lo richieda.

L'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma ed è gratuito. Unicamente nel caso in cui la richiesta fosse manifestamente infondata o eccessiva, la Fondazione potrà addebitare un contributo spese oppure rifiutare di soddisfare la richiesta. Per esercitare i suoi diritti, Lei potrà inviare in qualsiasi momento:

- una raccomandata a.r. a: Fondazione R.S.A. Casa del Vecchio e del Fanciullo "Itala Vochieri" onlus, Viale Italia, 1, 27030 Frascarolo (PV);
- una e-mail all'indirizzo di posta elettronica ordinaria amministrazione@italavochieri.it;
- una e-mail all'indirizzo di posta elettronica certificata: pec@pec.italavochieri.it.

Frascarolo (PV), _____

Dati del soggetto iscritto in Lista d'attesa ("Richiedente")

Cognome _____ Nome _____

Compilare la sezione, a cura del Richiedente, se lo stesso è in grado di comprendere e di firmare

Firma per ricevuta della presente informativa: _____

Compilare la sezione seguente se il Richiedente non è in grado di comprendere e/o di firmare

Il Richiedente

- non è in grado di comprendere
- non è in grado di firmare

Dati del sottoscrittore

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale: _____

- parente (specificare grado) _____
- Amministratore di Sostegno
- Curatore
- Tutore
- Altro (specificare) _____

Firma per ricevuta della presente informativa: _____

**FONDAZIONE CASA DEL VECCHIO E DEL FANCIULLO
"ITALA VOCHIERI" O.N.L.U.S.**

Viale Italia n. 1 - Frascarolo (PV)

AUTOCERTIFICAZIONE (DATI OSPITE)

(art.2. legge 15/1968 – mod. dall’art. 3, legge 15 maggio 1997, n.127)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____

via _____ n° _____

di essere: cittadino/a italiano/a (oppure) _____

di essere: celibe nubile coniugato/a con _____

di essere: vedovo/a di _____

che lo stato di famiglia è composto, oltre che da me, dalle seguenti persone:

Parentela	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita

Data

Il/La dichiarante

**FONDAZIONE CASA DEL VECCHIO E DEL FANCIULLO
"ITALA VOCHIERI" O.N.L.U.S.**

Viale Italia n. 1 - Frascarolo (PV)

MODELLO DI DICHIARAZIONE DI IMPEGNO

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____

recapiti telefonici _____

in nome e per conto del Sig. _____

per cui è stata presentata domanda di ammissione presso codesta RSA

in data _____ per un ricovero di tipo _____

SI OBBLIGA IN SOLIDO

- 1) al pagamento della retta pari a € **49,32** giornalieri (corrispondenti a € **1.500,00** mensili) in quanto retta in vigore presso codesta RSA al momento della sottoscrizione della presente dichiarazione di impegno;
- 2) a corrispondere la retta a far tempo dal giorno di entrata;
- 3) al pagamento della retta con cadenza **mensile** tramite versamento su c/c bancario intestato a BANCA POPOLARE DI MILANO – ag. di Mede – IBAN IT90 R 05034 56010 0000 0000 1368 entro il giorno **10** di ogni mese;
- 4) al pagamento dei servizi (trasporti in C.R.I. in ospedale, sia per ricovero che per esami) non compresi nella retta come indicato nell'allegato Retta della Carta dei Servizi aggiornata, che si allega alla presente.

ACCETTA

- 1) che in caso di dimissioni volontarie da parte dell'ospite deve essere dato un preavviso scritto utilizzando l'apposito modulo fornito dalla struttura da presentare **15** giorni prima;
- 2) che in caso di dimissioni da parte della RSA la stessa si impegna a darne comunicazione scritta, indicando le motivazioni, con un preavviso di **15** giorni;
- 3) in caso di dimissioni dell'ospite, la retta mensile corrisposta verrà restituita per i giorni del mese non goduti;

- 4) in caso di assenze temporanee dell'ospite dalla struttura, la retta verrà corrisposta per intero dal giorno di inizio al giorno trentesimo di assenza, decorso il quale la RSA attiverà le procedure per la **dimissione dell'ospite**;
- 5) in caso di mancato pagamento della retta entro il quindicesimo giorno successivo alla data prevista per il versamento della quota stabilita dalla presente dichiarazione di impegno, la RSA attiverà le procedure per verificare le condizioni che hanno creato lo stato di morosità;
- 6) le eventuali variazioni della retta che l'Ente ritenesse di dover applicare durante il corso del soggiorno dell'ospite presso codesta RSA sia per aggiornamento annuale della retta sia per variazioni del fabbisogno assistenziale dell'ospite.

Alla presente domanda, rilasciata in copia al sottoscrittore, si allegano i seguenti documenti:

- 1) Allegato Retta della Carta dei Servizi della RSA aggiornato al 01.01.2023;
- 2) Regolamento.

Data _____

Letti e accettati :

firma del sottoscrittore

**FONDAZIONE CASA DEL VECCHIO E DEL FANCIULLO
“ITALIA VOCHIERI” O.N.L.U.S.**

Viale Italia n. 1 - Frascarolo (PV)

CORREDO OSPITI

Gli Ospiti della Casa del Vecchio e del Fanciullo “Italia Vochieri “ di Frascarolo, sono liberi di portare con sé, all’interno della struttura , quale corredo personale ciò che ritengono opportuno, compatibilmente con le esigenze organizzative ed abitative della Struttura.

E’ tuttavia vivamente consigliato di portare con sé almeno 4 cambi di abbigliamento comodo diurno da alternare secondo la stagione; articoli per la toilette personale, nonché la seguente dotazione minima di corredo.

- n. 6 magliette intime
- n. 6 mutande se l’ospite non è incontinente
- n. 6 paia di calze
- n. 3 tute
- n. 4 pigiama/camicie da notte
- n. 2 felpe/golfini
- n. 2 paia di calzature (pantofole o scarpe)
- n. 6 asciugamani (4 medi, 2 piccoli)
- n. 1 telo bagno

BIANCHERIA PER IL LETTO

- n. 3 paia di lenzuola
- n. 3 federe bianche
- n. 2 coperte di cotone bianco
- n. 1 cuscino
- n. 1 coperta di lana (piumino)

Il corredo dovrà essere consegnato alla Responsabile del Reparto, che provvederà ad annotare l’elenco del corredo e quindi alla codifica di tutti i capi consegnati.

Ogni qualvolta che i familiari desiderino fornire nuovi capi per il corredo dei loro Cari , dovranno consegnarli per la codifica alla Responsabile di Reparto.

Nel casi di deterioramento dovuto ad usura, si provvederà ad informare i familiari per la sostituzione.

Il corredo dovrà essere periodicamente controllato e all’occorrenza ripristinato.

**FONDAZIONE CASA DEL VECCHIO E DEL FANCIULLO
“ITALA VOCHIERI” O.N.L.U.S.**

Viale Italia n. 1 - Frascarolo (PV)

MODELLO DI SCHEDA SANITARIA

RELAZIONE ASSISTENZIALE

(da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

Nome dell'assistito _____

TRASFERIMENTO LETTO –SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico.
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona.
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento.
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia.
- E' indipendente.

DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione.
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione.
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili.
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto.
- Cammina senza aiuto.

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione.
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano.
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi.
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri.

IGIENE PERSONALE

- ❑ Incapace di attendere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti.
- ❑ Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale.
- ❑ Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale.
- ❑ E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire.
- ❑ E' capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi.

ALIMENTAZIONE

- ❑ Deve essere imboccato.
- ❑ Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- ❑ Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.
- ❑ Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile.
- ❑ Totale indipendenza nel mangiare.

CONFUSIONE

- ❑ E' completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive.
- ❑ 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.

IRRITABILITA'

- ❑ 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.
- ❑ Appare chiaramente irrequieto: non riesce a star.e seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione.
- ❑ Mostra ogni tanto segni di irrequietezza.
- ❑ Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

ALTRE SEGNALAZIONI

Incontinenza:

- Assente
- Solo urinaria
- Solo fecale
- Doppia

Gestione incontinenza:

- Presidi assorbenti
- Ano artificiale
- Catetere

Ausili per il movimento:

- Bastone/deambulatore
- Carrozzina
- Nessuno

Il compilatore: COGNOME _____ **NOME** _____

IN QUALITA' DI _____

DATA _____

FIRMA

FONDAZIONE CASA DEL VECCHIO E DEL FANCIULLO
"ITALA VOCHIERI" O.N.L.U.S.

Viale Italia n. 1 - Frascarolo (PV)

MODELLO DI SCHEDA SANITARIA

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome Nome assistito _____

- M - F

Data di nascita _____ data di compilazione _____

LEGENDA:

A: assente; **L:** lieve – trattamento facoltativo; prognosi eccellente

M: moderata – trattamento necessario; prognosi buona

G: grave; è invalidante – trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata

MG: molto grave – trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA

GRAVITA'

(barrare la casella che interessa)

solo per la patologia più grave

PATOLOGIE CARDIACHE:

A L G M MG

Diagnosi:

IPERTENSIONE (si valuta la severità):

A L G M MG

Diagnosi:

APPARATO VASCOLARE:

(sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)

A L G M MG

Diagnosi:

APPARATO RESPIRATORIO:

A L G M MG

Diagnosi:

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe):

A L G M MG

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE INFERIORE: (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

FEGATO:	A	L	G	M	MG
----------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

RENE:	A	L	G	M	MG
--------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria):	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito):	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza):	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) :	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare se:
Lesioni da decubito			Sede: Stadio:
Dialisi			Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria			O ₂ terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
Alimentazione artificiale			SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza			Presidi assorbenti: Ano artificiale Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento			Bastone e/o deambulatore Carrozzina
Protesi			Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
Disorientamento tempo/spazio			Note:
Vagabondaggio			Note:
Agitazione psico-motoria			Note:
Inversione ritmo sonno-veglia			Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente			Obesità: Sottopeso:
Allergie a farmaci			Specifica:
Allergie ad alimenti			Specifica:

TERAPIA IN ATTO

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

1. Tutta la documentazione sanitaria in possesso:

- visite specialistiche
- esami ematici (**indispensabili**)
- markers epatite B e C (**indispensabili**)
- certificazione di paziente esente da malattie contagiose o diffuse (**indispensabile**)
- lettera dimissione ospedale (eventuale)

Elencare altra documentazione prodotta:

Recapito telefonico del Medico _____

Firma del Medico