

Spazio riservato alla RSA

Il/La Sottoscritto/a _____

in qualità di _____ del Sig./della Sig.ra _____

residente a _____

Via _____ n° _____

Recapiti telefonici _____

Indirizzo E-mail _____

Presenta domanda di ammissione presso la:

- **R.S.A. Villa Serena sita in Viale Mangiagalli n. 24 a Godiasco Salice Terme (PV).**

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

Dati anagrafici della persona interessata all'ammissione in R.S.A.

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____

Via _____ n. _____

Recapiti telefonici _____

Stato civile _____ n. figli _____

Documento di identità _____

Codice fiscale _____

A.T.S. di appartenenza _____ Tessera sanitaria _____

Retta Giornaliera:

- ☐ **€ 70,00** (€ 66,67 + 3,33 IVA5%) - **Posto Letto Accreditato a Contratto con ATS Pavia - Utenza Tipica RSA (Nucleo Rosa)**
- ☐ **€ 73,00** (€ 69,52 + 3,48 IVA5%) - **Posto Letto Accreditato a Contratto con ATS Pavia - Nucleo Alzheimer (Nucleo Verde)**
- ☐ **€ 80,00** (€ 76,19 + 3,81 IVA5%) - **Posto Letto Accreditato – Contratto Solvente - Utenza Tipica RSA (Nucleo Giallo)**

Dati relativi alla richiesta di ammissione

- Provenienza della persona: Casa ☐ NO ☐ SI
Beneficiario di buono socio-sanitario ☐ NO ☐ SI
Beneficiario di A.D.I./voucher ☐ NO ☐ SI
- Ricoverato presso: _____
- Motivo dell'ingresso in R.S.A.: _____

Altri famigliari o persone di riferimento

Cognome e Nome	Grado di parentela	Indirizzo	Recapito Telefonico

Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento

Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.) Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento"	☐ SI	☐ NO
Nomina Fiduciario Art. 1 comma 3 Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento"	☐ SI	☐ NO

(Allegare nomina)

Dati relativi alle risorse economiche dell'interessato all'ammissione

Indennità di accompagnamento:	☐ SI	☐ NO
Pensione	☐ SI	☐ NO
Altro:	☐ SI	☐ NO

Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto

- Tipologia: ☐ A tempo determinato per n. mesi: ☐ A tempo indeterminato
- Necessità di ingresso: ☐ URGENTE ☐ Non Urgente

Situazione abitativa
Con chi vive:
☐ Vive da Solo/a

☐ Vive con il Coniuge/a

☐ Vive con il Figlio/i

☐ Vive con altri parenti

☐ Altro:

☐ Assistente familiare (riportare i riferimenti e le eventuali note)

Elenco dei documenti da produrre al momento dell'ingresso nella R.S.A.

1. Fotocopia della carta di identità dell'ospite / permesso di soggiorno se cittadino extracomunitario in corso di validità
2. Fotocopia della carta di identità del parente di riferimento o del Garante
3. Fotocopia del codice fiscale dell'Ospite e del parente di riferimento
4. Fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
5. Fotocopia del verbale o della domanda di Accompagnamento
6. Nomina amministratore di sostegno, tutore legale o fiduciario
7. Tesserino esenzione ticket
8. Tessera sanitaria
9. Scheda sanitaria allegata
10. Certificazione comprovante lo stato di Demenza
11. Documentazione integrativa richiesta:

Data _____

Firma del richiedente _____

Per ricevuta ed accettazione:
Data _____

Firma referente R.S.A. _____

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
- ☐ È 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 provvedere 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
- ☐ È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- ☐ È capace di lavarsi mani e viso, 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 tagliare la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- ☐ Totale indipendenza nel mangiare

CONFUSIONE

- ☐ È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive
- ☐ È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- ☐ Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- ☐ È in grado di pensare chiaramente

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
- ☐ Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare 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 SEGNALEZIONI

• Incontinenza:	• Gestione incontinenza:	• Ausili per il movimento:
☐ Assente ☐ Solo urinaria ☐ Solo fecale ☐ Doppia	☐ Presidi assorbenti ☐ Ano artificiale ☐ Catetere	☐ Bastone/deambulatore ☐ Carrozzina ☐ Nessuno

Note

Il compilatore:

Cognome _____ Nome _____

In qualità di _____

Data _____

Firma _____

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito _____ ☐ M ☐ F

Data di nascita _____ Data di compilazione _____

Esenzione ☐ NO ☐ SI Codice Esenzione _____ ☐ Parziale ☐ Totale

☐ Ospite con protezione vaccinale completa (Compreso BOOSTER) _____

☐ Ospite con protezione vaccinale parziale _____

☐ Ospite non vaccinato ma guarito da pregressa infezione da non più di sei mesi _____

☐ Ospite non vaccinato _____

☐ Ultima Positività al COVID-19 _____

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 come da legenda)

Solo per la patologia più grave

PATOLOGIE CARDIACHE	A	L	M	G	MG
---------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi: _____

IPERTENSIONE (si valuta la severità)	A	L	M	G	MG
--------------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi: _____

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi: _____

APPARATO RESPIRATORIO	A	L	M	G	MG
-----------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi: _____

OCCHI / ORL (orecchio, naso, gola, laringe)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi: _____

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE

(esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)

A

L

M

G

MG

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE INFERIORE

(intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)

A

L

M

G

MG

Diagnosi:

FEGATO

A

L

M

G

MG

Diagnosi:

RENE

A

L

M

G

MG

Diagnosi:

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE

(mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria)

A

L

M

G

MG

Diagnosi:

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE

(segnalare anche le ulcere da decubito)

A

L

M

G

MG

Diagnosi:

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)

A

L

M

G

MG

Diagnosi:

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO-METABOLICO

(diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)

A

L

M

G

MG

Diagnosi:

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE

(demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

A

L

M

G

MG

Diagnosi:

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare:
Lesione da decubito	☐	☐	Sede: Stadio:
Dialisi	☐	☐	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria	☐	☐	Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
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**

Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici, ecc...). Elencare documentazione prodotta:

Recapito telefonico del Medico**Firma del Medico**

Trattamento dei dati personali relativi alla domanda di ammissione

Richiamando integralmente il contenuto dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali (MO_PRI_VS_001.00) consegnata unitamente alla presente domanda di ammissione e redatta in base alle previsioni contenute nell'art 13 del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 101/2018, siamo a comunicarLe che i dati personali contenuti nella domanda di ammissione verranno trattati con la finalità dell'inserimento del nominativo nelle liste di attesa.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO DELL'INTERESSATO

Preso visione dell'informativa Privacy (MO_PRI_VS_001.00), avendone compreso i contenuti e consapevole dei diritti riservati all'Interessato relativi al trattamento dei dati

Io sottoscritto _____
in qualità di interessato al trattamento o di _____
dell'interessato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI PER L'INSERIMENTO NELLE LISTE DI ATTESA

Esprimo il consenso al trattamento dei dati personali da lui indicati e forniti, compresi quelli sensibili, per le finalità di inserimento del nominativo nelle liste di attesa

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

Godiasco Salice Terme, lì _____

Firma dell'Interessato
