DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A.

SEZ. 1 DATI ANAGRAFICI

COGNOME E NOME _____

LUOGO DI NASCITA_____ (PROV.) DATA _____ ☐ M ☐ F

CODICE FISCALE_____

RESIDENTE A _____ (PROV.) IN VIA/PIAZZA _____N°_____

TELEFONO/CELL._____ E - MAIL _____

DOMICILIO IN **_____ (_____)**
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA _____ N° _____ TELEFONO/CELL. _____

EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

_____ _____
COGNOME E NOME TELEFONO

_____ _____ _____
CITTA' VIA/PIAZZA N° CIVICO

_____
ATTO N° DEL TRIBUNALE DI

PERSONA DI RIFERIMENTO

_____ _____
COGNOME E NOME DATA DI NASCITA

_____ _____ _____ _____
RESIDENTE A PROV. IN VIA/PIAZZA N.

_____ _____
GRADO DI PARENTELA E-MAIL

_____ _____
TELEFONO/CELL. ALTRI RECAPITI TELEFONICI

URGENZA DELLA DOMANDA:

- ❑ ESTREMA
- ❑ ORDINARIA
- ❑ INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA A SCOPO PREVENTIVO

MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:

- ❑ STATO DI SALUTE
- ❑ PROBLEMI FAMILIARI
- ❑ CONDIZIONI ABITATIVE
- ❑ TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA
- ❑ SOLITUDINE
- ❑ ALTRO (specificare):……
  ……
- ❑ ALLOGGIO NON ADEGUATO
- ❑ EVENTUALE SFRATTO

SEZ. 2 DATI PERSONALI

SCOLARITÀ:

- ❑ ELEMENTARI
- ❑ SUPERIORI
- ❑ ALTRO ……

ATTIVITÀ LAVORATIVA:

……

IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:

- ❑ CONSENZIENTE
- ❑ CONTRARIO
- ❑ INDIFFERENTE
- ❑ NON INFORMATO
- ❑ NON IN GRADO DI DECIDERE

LA RICHIESTA È PER UN RICOVERO:

- ❑ TEMPORANEO
- ❑ DEFINITIVO

STATO CIVILE:

- ❑ CELIBE / NUBILE
- ❑ CONIUGATO / A
- ❑ SEPARATO / A
- ❑ DIVORZIATO / A
- ❑ VEDOVO / A

PENSIONE TIPO :

- ❑ ANZIANITA' -VECCHIAIA
- ❑ ALTRO (indicare il tipo)
- ❑ REVERSIBILITÀ
- ❑ INVALIDITÀ SOCIALE
- ❑ NESSUNA PENSIONE

INVALIDITÀ CIVILE:

- ❑ IN CORSO
- ❑ RICONOSCIUTA, AL _____ %
- ❑ DOMANDA NON PRESENTATA

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:

- ❑ NON RICONOSCIUTA
- ❑ IN ATTESA
- ❑ DOMANDA NON PRESENTATA
- ❑ RICONOSCIUTA: (indicare il tipo)
  - ❑ CIECO ASSOLUTO
  - ❑ CIECO CON RESIDUO VISIVO
  - ❑ INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO
  - ❑ SORDOMUTO

RICONOSCIMENTO L. 104 /92

❑ IN CORSO ❑ SI ❑ NO ❑ DOMANDA NON PRESENTATA

SEZ. 3 RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI

ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:

- ❑ AL PROPRIO DOMICILIO
- ❑ IN OSPEDALE (INDICARE QUALE)……
  ……
  REPARTO……..
- ❑ IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)
  ……..
- ❑ PRESSO PROPRI FAMILIARI
- ❑ IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)
  .....
  REPARTO
- ❑ DA QUANTO TEMPO

SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:

❑ DI PROPRIETÀ ❑ IN AFFITTO

SITUAZIONE FAMILIARE:

- ❑ VIVE SOLO
- ❑ NON VIVE SOLO
  - ❑ CONIUGE
  - ❑ FIGLIO/A
  - ❑ BADANTE
  - ❑ ALTRO
- ❑ DA QUANTO TEMPO

IL CONVIVENTE È:

❑ AUTOSUFFICIENTE ❑ PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE ❑ NON AUTOSUFFICIENTE

ELENCO DEI PRINCIPALI FAMIGLIARI O PARENTI

	COGNOME E **NOME**	**ETA'**	**INDIRIZZO** (Città, via, n°civico)	**TELEFONO**	**CONVIVENTE?**	
1					❑ **SI**	❑ **NO**
2					❑ **SI**	❑ **NO**
3					❑ **SI**	❑ **NO**
4					❑ **SI**	❑ **NO**

SERVIZI TERRITORIALI DI CUI USUFRUISCE:

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:	**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)**
❑ IGIENE PERSONALE ❑ PULIZIA CASA ❑ ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA ❑ AIUTO PER LA SPESA ❑ PASTO CALDO ❑ TELESOCCORSO ❑ ALTRO (specificare):_____	❑ M.M.G. ❑ INFERMIERE PROFESSIONALE ❑ TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE ❑ ALTRO (specificare):_____

ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

❑ CENTRO PSICOSOCIALE ❑ CENTRO DIURNO ANZIANI ❑ CENTRO DIURNO INTEGRATO

USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDI A DOMICILIO:

❑ CARROZZINA ❑ MATERASSO ANTIDECUBITO ❑ SOLLEVATORE
❑ ALTRO (specificare)……..

SEZ. 4 ADEMPIMENTI PRIVACY

Sarà cura della RSA individuata dare applicazione al Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali del 27 aprile 2016 n. 679.

La Richiesta viene inoltrata:

❑ DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO
❑ DA UN PARENTE (specificare)…… ❑ ALTRO (specificare)……..

(NOME E COGNOME) _____ tel. _____

Firma dell' interessato o del richiedente_____

Data _____

Si allega :

- **copia carta d'identità dell'interessato**
- **copia tessera sanitaria dell'interessato**

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brianza

INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,
il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio dell'Agenzia della Salute (ATS) della Brianza. La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai medici di famiglia di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una persona accolta in RSA o in un CDI. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

1	**Assente**	Nessuna compromissione di organo o sistema
2	**Lieve**	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente.
3	**Moderato**	La compromissione di organo o sistema interferisce con l normale attività, il trattamento è necessario. La prognosi può essere buona.
4	**Grave**	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
5	**Molto grave**	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità**: si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità**: si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

- **Ipertensione**: il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;
- **Disturbi vascolari**: comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;
- **Apparato gastroenterico superiore**: comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari
- **Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo**: comprende le lesioni da decubito
- **Patologie endocrino**-metaboliche: includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE
PER L'INGRESSO IN R.S.A.

Sig./ra_____

Data di nascita_____ Tessera sanitaria_____ Data compilazione_____

Esenzione _____

Sez. 1 PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITÀ

	1 Assente	2 Lieve	3 Moderato	4 Grave	5 Molto Grave	 Data insorgenza
Patologie cardiache Specificare: _____ _____						
Ipertensione arteriosa Specificare: _____ _____						
Patologie vascolari Specificare _____ _____						
Patologie respiratorie Specificare _____ _____						
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____ _____						
Patologie epatiche Specificare _____ _____						
Patologie renali Specificare _____ _____						
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____ _____						
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____ _____						

Patologie neurologiche centrali e periferiche *(escluse* le demenze) Specificare _____ _____						
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sespi e stati tossici) Specificare _____ _____						
Patologie psichiatrico-comportamentali*(incluse* le demenze) Specificare _____ _____						

Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione

- ☐ NESSUNO
- ☐ STATO NUTRIZIONALE SODDISFACENTE
- ☐ OBESITÀ
- ☐ MALNUTRIZIONE
- ☐ RIFIUTO DEL CIBO
- ☐ SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE
- ☐ SI ALIMENTA CON AIUTO
- ☐ TOTALMENTE DIPENDENTE
- ☐ DISFAGIA
- ☐ DIETA FRULLATA O OMOGENEIZZATA
- ☐ NUTRIZIONE ENTERALE:
  - ○ SONDINO NASO - GASTRICO
  - ○ GASTROSTOMIA (PEG) / DIGIUNOSTOMIA
- ☐ NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE

Diabete mellito

- ☐ TRATTATO CON LA SOLA DIETA
- ☐ FARMACI ANTIDIABETICI ORALI
- ☐ INSULINOTERAPIA

Lesioni cutanee

- ☐ LESIONI DA DECUBITO SEDE:_____STADIO_____
- ☐ LESIONI VASCOLARI SEDE:_____ STADIO_____

Coma o stato vegetativo ☐

Sclerosi Laterale Amiotrofica ☐

Linguaggio

- ☐ NORMALE
- ☐ DISARTRIA
- ☐ AFASIA ☐ ESPRESSIVA ☐ DI COMPRENSIONE ☐ GLOBALE

Vista ed udito

- ☐ VEDE E SENTE BENE
- ☐ NON VEDE
- ☐ NON SENTE
- ☐ DEFICIT CORRETTO DA PROTESI E/O OCCHIALI IN USO

Igiene

- ☐ SI LAVA AUTONOMAMENTE
- ☐ NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE
- ☐ TOTALMENTE DIPENDENTE

Capacità di vestirsi / svestirsi

- ☐ SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE
- ☐ NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTIRSI
- ☐ TOTALMENTE DIPENDENTE

Mobilità

- ☐ SI MUOVE AUTONOMAMENTE
- ☐ SI MUOVE CON DEAMBULATORE
- ☐ IN CARROZZINA
- ☐ ALLETTATO

Cadute negli ultimi 3 mesi

- ☐ NESSUNA
- ☐ 1 – 3 VOLTE
- ☐ PIÙ DI TRE VOLTE

Terapia riabilitativa in corso	Assistenza respiratoria
☐ NESSUNA ☐ POST-ACUTA ☐ DI MANTENIMENTO	☐ OSSIGENO OCCASIONALMENTE ☐ OSSIGENOTERAPIA CON O2 GASSOSO ☐ OSSIGENOTERAPIA CON O2 LIQUIDO ☐ TRACHEOTOMIA ☐ VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA ☐ VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

Minzione e Evacuazione

☐ UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA ☐ CATETERISMO VESCICALE AD INTERMITTENZA ☐ CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA ☐ URETEROCUTANEOSTOMIA	☐ NEFROSTOMIA ☐ STIPSI (BISOGNO DI CLISTERI EVACUATIVI) ☐ ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA

Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore

☐ NESSUNO ☐ PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE O PER EVENTI RECENTI ☐ PERDITA DI MEMORIA SEVERA O NON RAMMENTA NULLA ☐ DISORIENTAMENTO NEL TEMPO ☐ DISORIENTAMENTO NELLO SPAZIO ☐ COMPLETA CONFUSIONE SENZA CAPACITÀ DI RELAZIONE CON L'ESTERNO ☐ PROBLEMI DI LINGUAGGIO E/O DEFICIT DI COMPRENSIONE ☐ FACILE IRRITABILITÀ ☐ CAMMINO INCESSANTE SENZA UN PRECISO SCOPO O AFFACCENDAMENTO ☐ URLA O LAMENTAZIONI O VOCALISMI RIPETITIVI ☐ DISTURBI DEL SONNO (EVENTUALE SPECIFICA)	☐ DISFORIA/EUFORIA E/O COMPORTAMENTI DISINIBITI ☐ DELIRI E ALLUCINAZIONI ☐ STATO ANSIOSO ☐ TONO DELL'UMORE DEFLESSO ☐ APATIA, RITIRO SOCIALE, PERDITA DI INTERESSI ☐ TENTATI SUICIDI ☐ ETILISMO ATTUALE ☐ ETILISMO PREGRESSO ☐ AGGRESSIVITÀ VERSO SÉ E/O VERSO ALTRI ☐ NEGLI ULTIMI 6 MESI, SONO STATI UTILIZZATI MEZZI DI PROTEZIONE/CONTENZIONE ☐ NEGLI ULTIMI 6 MESI, ABBANDONO DEL DOMICILIO/STRUTTURA DI RICOVERO, SENZA CAPACITÀ DI FARVI RITORNO ☐ ALTRO

Terapia dialitica

☐ DIALISI PERITONEALE	☐ DIALISI EXTRACORPOREA

☐ **Radioterapia**

☐ **Chemioterapia**

Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Allergie a farmaci

- ❑ NO
- ❑ SI quali? _____

Il soggetto è esente da malattie infettive e contagiose e può vivere in comunità? SI ❑ NO ❑

Eventuali note:_____

_____

_____

Timbro e firma del Medico **Telefono**

_____ _____