

PIO ISTITUTO CONIUGI BUZZONI NIGRA

27020 SARTIRANA LOMELLINA (Pavia)

P.zza Risorgimento, 3

Tel. 0384 800027 - Fax 0384 800523

e-mail buzzoni.nigra@inwind.it

DOMANDA DI INGRESSO

PRESSO

IL PIO ISTITUTO CONIUGI BUZZONI NIGRA

SIG.

Il/La sottoscritto/a _____
residente a _____ CAP _____
Via/Piazza _____ n. _____
nella qualità di _____
del Sig. _____

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA RSA

Dati anagrafici dell'interessato/a

Nome _____ Cognome _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
residente a _____ CAP _____
Via/Piazza _____ n. _____
recapiti telefonici _____
Stato civile _____ N. figli _____
Documento di identità _____
Titolo di studio _____ Professione _____
Codice Fiscale: _____
ASL di appartenenza _____ Tessera sanitaria _____

Dati relativi alla richiesta di ammissione dell'interessato/a

Provenienza della persona: casa NO SI
beneficiario di buono socio-sanitario NO SI
beneficiario di ADI/ voucher: NO SI

Ricoverato/a c/o _____
motivo dell'ingresso in RSA: _____

Dati anagrafici del garante individuato per il pagamento

Nome _____ Cognome _____

Grado di parentela: _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

recapiti telefonici _____

Codice Fiscale: _____

Altri referenti da contattare

Nome _____ Cognome _____

Grado di parentela: _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

recapiti telefonici _____

Nome _____ Cognome _____

Grado di parentela: _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

recapiti telefonici _____

Dati relativi alle risorse economiche dell'interessato/a

Intestatario/a di indennità di accompagnamento: SI NO

Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto:

- Necessità di ingresso - urgente - breve termine - lungo termine

Elenco dei documenti da produrre per l'ingresso nella RSA:

1. fotocopia della Carta di identità
2. fotocopia del Codice fiscale
3. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
4. tesserino esenzione ticket
5. tessera sanitaria
6. scheda sanitaria allegata
7. tessera elettorale

Data _____

Firma del sottoscrittore

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

In base a quanto disposto nell'art.13 del D.Lgs. n° 196/'03, sono informato circa il trattamento dei miei dati personali, ed in particolare che:

- a) la finalità del trattamento è la valutazione per l'inserimento in RSA i dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici;
- b) il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;
- c) i dati raccolti verranno comunicati unicamente a strutture professionali autorizzate al loro trattamento ed esclusivamente per la finalità definite dalla normativa in materia;
- d) potranno essere esercitati i diritti di accesso ai propri dati, di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/'03
- e) Il titolare del trattamento è Ziglioli don Giuseppe.

Firma leggibile _____

Data _____

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.
- ❑ È 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

- ❑ 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.

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 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 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 _____

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	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 COMPORAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) :	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: _____

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare se:
--------------------	-----------	-----------	---------------------------

Lesioni da decubito	NO	SI	Sede: Stadio:
----------------------------	----	----	------------------

Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
----------------	----	----	--

Insufficienza respiratoria	NO	SI	O2 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
-----------------------------------	----	----	--

Alimentazione artificiale	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
----------------------------------	----	----	-------------------------------------

Gestione incontinenza	NO	SI	Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
------------------------------	----	----	---

Ausili per il movimento	NO	SI	Bastone e/o deambulatore Carrozzina
--------------------------------	----	----	--

Protesi	NO	SI	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
----------------	----	----	--

Disorientamento tempo/spazio	NO	SI	Note:
-------------------------------------	----	----	-------

Vagabondaggio	NO	SI	Note:
----------------------	----	----	-------

Agitazione psico-motoria	NO	SI	Note:
---------------------------------	----	----	-------

Inversione ritmo sonno-veglia	NO	SI	Note:
--------------------------------------	----	----	-------

Stato nutrizionale insoddisfacente	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
---	----	----	------------------------

Allergie a farmaci	NO	SI	Specifica:
---------------------------	----	----	------------

Allergie ad alimenti	NO	SI	Specifica:
-----------------------------	----	----	------------

TERAPIA IN ATTO

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE
--

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

Recapito telefonico del Medico _____

Firma del Medico _____