



Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di ATS della Montagna.

L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento.

ALLA DIREZIONE SANITARIA DELLA RSA (SCELTA PRIORITARIA)

.....
SEGNALARE ANCHE LE ALTRE RSA IN CUI IL CITTADINO DESIDERA ESSERE INSERITO IN LISTA DI ATTESA

DISTRETTO VALTELLINA E VALCHIAVENNA

- Centro servizi alla persona – Sondrio
- Casa di riposo Città di Sondrio – Sondrio
- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) Bernina – Sondrio
- RSA Roncaglia di Civo – Civo (attualmente solo posti accreditati non a contratto)
- RSA Paolo Paravicini – Morbegno
- Casa di riposo Bongioni Lambertenghi ONLUS – Villa di Tirano
- Baita Serena – Valfurva
- Fondazione casa di riposo Città di Tirano ONLUS – Tirano
- Fondazione casa di riposo Sant'Orsola ONLUS – Teglio
- Fondazione casa di riposo di Talamona ONLUS – Talamona
- Casa di riposo Bellavista – Sondalo
- Casa di riposo Costante Patrizi – Ponte in Valtellina
- RSA Tomaso Ambrosetti – Morbegno
- Casa di riposo G.M. Venzoli – Grosotto
- Fondazione Visconti Venosta ONLUS – Grosio
- Casa Madonna del Lavoro Opera Don Guanella di Nuova Olonio – Dubino
- Casa di riposo Corti Nemesio – Delebio
- Fondazione casa di riposo Madonna della Neve ONLUS – Chiuro
- Casa di riposo Città di Chiavenna – Chiavenna
- Casa San Lorenzo – Ardenno
- Casa San Benigno – Berbenno
- Fondazione in partecipazione Casa di Riposo Villa del Sorriso ONLUS – Bormio

DISTRETTO VALLECAMONICA

- Fondazione Monsignor Giacomo Caretoni ONLUS – Ponte di Legno
- Fondazione ONLUS Santa Maria della Neve – Pisogne
- Fondazione Giovannina Rizzieri ONLUS – Piancogno
- Fondazione Don Giovanni Ferraglio – Malonno
- Residenza per anziani Mozart – Lozio
- Casa di riposo Ninj Beccagutti – Esine
- Fondazione casa di soggiorno per anziani Domenico Giamboni ONLUS – Edolo
- Residenza Angelo Maj Fondazione ONLUS – Darfo Boario Terme
- Fondazione Fratelli Bona ONLUS – Capo di Ponte
- Fondazione Ente Celeri ONLUS – Breno
- Cav. Paolo Rivadossi – Borno
- Fondazione Villa Monsignor Damiano Zani – Bienno
- Casa di riposo Beato Innocenzo – Berzo Inferiore
- Casa di riposo Lucia Lorenzetti – Artogne

DISTRETTO ALTO LARIO

- Casa di riposo San Vincenzo – Gravedona ed Uniti
- Casa di riposo Sacro Cuore – Pianello del Lario
- RSA Il Giardino sul Lago – Dongo

Data della presentazione della domanda _____



Si prega di compilare la modulistica in maniera completa e leggibile.

GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

in qualità di AdS Tutore Altro, specificare _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: _____

E-mail: _____@_____

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico
1)		
2)		

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Documento di identità n. _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Assistito _____ Codice Esenzione _____

Medico curante (Nome e recapito telefonico) _____

Residente in _____ CAP _____
Via / Corso _____ Recapito telefonico _____

Domicilio se diverso dalla residenza: _____

ATS di appartenenza _____ Cittadinanza _____

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)

Firma della persona o del richiedente _____



MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

- Condizioni abitative non idonee
- Vive solo/sola
- Perdita autonomia
- Quadro clinico compromesso
- Mantenimento/miglioramento capacità residue
- Rischio permanenza al domicilio
- Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)

PROVENIENZA

- Domicilio
- Istituto di ricovero per acuti (ospedale)
- Struttura psichiatrica
- Istituto di riabilitazione
- Altra RSA
- Altro: _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO

- Tempo determinato
- Lungodegenza

Nucleo Alzheimer SI NO

CONVENZIONE

- NO
- SI, con il seguente ente: _____

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO

SI NO, motivazione: _____

note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA

Con chi vive:

- Solo
- Coniuge
- Figli
- Altri parenti: _____
- Assistente familiare (ore/die)

Altro: _____

Dove vive:

- Abitazione adeguata
- Abitazione parzialmente adeguata
- Abitazione totalmente inadeguata

Perché _____

- Casa di proprietà
- Affitto
- Casa ALER
- Usufrutto
- Altro: _____

TUTELA

NO SI:

- Amministrazione di sostegno / Tutela
 - In corso
 - Numero decreto: _____
- Altro: _____

Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...):

Qualifica:

- Familiare: _____
- Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.)

Recapiti:



DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

SI

NO

SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Altro: _____

- Fratelli (N:)
- Sorelle (N:)

- Figli (N:)
- Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infortunio sul lavoro, etc
- Reversibilità

- In attesa di invalidità civile
- Invalidità
 - ⌘ Codice: _____
 - ⌘ Percentuale: _____ %
 - ⌘ Indennità accompagnamento
 - si no In attesa

LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- Nessuna scolarità
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiore in _____
- Laurea in _____
- Altro: _____
- Professione pre pensionamento _____
- Interessi / hobby _____

RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi: NO SI (specificare):

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
- CDI (Centro Diurno Integrato) _____
- Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) _____

Servizi / interventi Sociali attivi: NO SI (specificare):

- SAD Comunale
- Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto _____
- Associazioni di volontariato _____



COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- Direttamente
- Servizio Sociale di: Centri Sociali Territoriali Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista _____
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ↳ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI SIGNIFICATIVI E/O RECENTI (ULTIMI 6 MESI)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del D.L.gs.196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: ____ / ____ / 20__

FIRMA DEL RICHIEDENTE:



Cognome e Nome _____

Data di nascita / / luogo di nascita

QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iperensione (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato (solo fegato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rene (solo rene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stato mentale e comportamentale (include demenza , depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO

.....

NON NOTE NO SI

.....

.....

VACCINAZIONI

.....

.....

.....

ALLERGIE

NON NOTE NO SI, DI CHE TIPO:

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

.....

ASPETTI CLINICO – FUNZIONALI

Autonomia nel movimento <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro.....
Autonomia igiene e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Autonomia nell'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data ultimo posizionamento: / / 20.....
Presidi assorbenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Nefro /urostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:.....



Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula)
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:
Cadute ricorrenti (anche senza conseguenze traumatiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Numero cadute nell'anno:

DEFICIT SENSORIALI

Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cecità assoluta	<input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Corretta con protesi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sordità assoluta <input type="checkbox"/> SI

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso



Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso Di che tipo:
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, di che tipo:
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data: / /
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:
Eventuali note e osservazioni:	

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento		
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	Protesi:	<input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Addensanti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:		
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG	Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale
Peso corporeo:	kg	Altezza:	cm
Intolleranze	<input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:		

TRATTAMENTI SPECIALI:

Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo_____
Dialisi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale	
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc)		

EVENTUALE APPROFONDIMENTO:

.....



TERAPIA

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

CLASSE SOSIA ASSEGNATA

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria):

...../...../20....

<p>Nome e Cognome medico curante:</p> <p>Recapito</p> <p>tel.diretto.....</p> <p>fax</p> <p>e-mail diretta:@.....</p>	<p>Timbro e firma del medico curante</p>
---	--

Data di compilazione: