

DOMANDA DI INGRESSO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)

Dati dell'interessato:

Cognome..... Nome

 Sesso F ☐ M ☐ Stato civile Data di nascita

Luogo di nascita Provincia.....

Residenza in vian. Comune

Prov. C.A.P. Recapito telefonico.....

Domicilio (solo se diverso dalla residenza)

Carta Regionale dei Servizi (allegare copia fronte-retro).....

Carta d'identità (allegare copia).....

 Amministratore di Sostegno: Sì ☐ No ☐

 Tutore: Sì ☐ No ☐

Tipo di pensione/i:

Tipo di invalidità:..... % di invalidità civile:.....

 Indennità di accompagnamento: Sì ☐ No ☐

Esenzione ticket sanitario per:

Pratiche in corso per:

CHIEDE L'INGRESSO IN R.S.A. (Casa di Riposo)
☐ In modo temporaneo dal al

☐ In modo definitivo

Persona di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela o giuridico.....

Cognome..... Nome

Data di nascita..... Luogo di nascita Prov.....

Residenza in via.....n. Comune

Prov.....C.A.P. Recapito telefonico.....

Recapito e- mail

Carta identità (*allegare copia*) Codice fiscale (*allegare copia*).....

Sono parte integrante della presente domanda:

1. la scheda sociale (All. A)
2. la scheda sanitaria (All. B)
3. eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile
4. autocertificazione (in All. A) del nucleo familiare originario (coniuge vivente e tutti i figli viventi)
5. eventuale atto di nomina dell'Amministratore di Sostegno / Tutore (o copia dell'istanza presentata)

Eventuale altra documentazione potrà essere richiesta dall'Ente Gestore in caso di accoglimento della domanda

AI SENSI DEL D.P.R. NR.445/00 LE DICHIARAZIONI MENDACI CONTENUTE NELLA PRESENTE SARANNO PERSEGUIBILI IN BASE ALLA NORMATIVA VIGENTE.

Il sottoscritto dichiara di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge. Il titolare del trattamento è la "Fondazione Sant'Andrea onlus" e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria.

Data,.....

Firma dell'interessato

N.B.: PER I CASI IN CUI L'INTERESSATO NON SIA IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE DOMANDA DI AMMISSIONE (DPR N° 445/2000 ART.4, COMMA 2) SI RICHIEDE AL COMPILATORE DI INTEGRARE DI SEGUITO:

Cognome e nome del compilatore della domanda

Firma

Cognome..... Nome..... Firma

LA PRESENTE DOMANDA HA **VALIDITÀ MASSIMA DI UN ANNO** DALLA DATA DELLA SUA PRESENTAZIONE, SALVO NECESSITÀ DI ULTERIORI CHIARIMENTI E/O INTEGRAZIONE DOCUMENTALE NECESSARIA ALLA RSA PER LA GESTIONE DELLA DOMANDA E/O DELL'EVENTUALE INSERIMENTO IN STRUTTURA

Area riservata alla RSA

Classe SOSIA

Data



Fondazione Sant'Andrea - ETS

Il sottoscritto:

Cognome.....Nome

**CHIEDE DI ESSERE INSERITO NELLA SEGUENTE UNITA' D'OFFERTA
DELLA FONDAZIONE SANT'ANDREA ONLUS DI CLUSONE:**

☐ RSA Nucleo Alzheimer

☐ Centro Diurno Integrato (CDI)

○ Tutti i giorni

○ Giorni alterni/preferiti (*indicare quali*)

☐ Casa Albergo

○ in modo definitivo

○ periodo_____

☐ UDO sociale per anziani non autosufficienti- Progetto ABITUS

Firma del richiedente



nr. 0614569-RE09

FONDAZIONE SANT'ANDREA - ETS - Iscritta al RUNTS Repertorio n. 169065
Via San Defendente, 1 - 24023 CLUSONE (Bg) tel. 0346.21078 C.F./P.I.: 03215660162
e-mail: info@fondazionesantandrea.it PEC: certificata@pec.fondazionesantandrea.it
sito internet: www.fondazionesantandrea.it

SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE
(allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)

COGNOME..... NOME

Scheda compilata da:

☐ sig./rain qualità di (*rapporto Familiare o Giuridico*)

☐ Ass.te Sociale (Cognome e nome) del territorio di

USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- ☐ ADI ☐ RSA Aperta
☐ SAD ☐ CDI
☐ Assistente Familiare
☐ Altro (*specificare*)

INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI

attualmente la persona vive:

- ☐ solo
☐ in altra struttura
☐ Altro (*specificare*)

L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI

- ☐ Tutore
☐ Curatore
☐ Amministratore di Sostegno
☐ Ha in corso la pratica per la nomina di (*specificare*)

PARENTI REFERENTI PER EVENTUALI CONTATTI

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.	RECAPITO E-MAIL

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì ☐ No ☐

Se NO, perché

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì ☐ No ☐

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì ☐ No ☐

Se SI, indicare dove e il periodo

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA

Indicare Cognome, Nome e recapito telefonico del Medico di Medicina Generale

PROTESI E AUSILI IN USO

- | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------|
| ☐ deambulatore | ☐ personale | ☐ ASST |
| ☐ materassino e cuscino antidecubito | ☐ personale | ☐ ASST |
| ☐ letto ortopedico | ☐ personale | ☐ ASST |
| ☐ presidio per incontinenza | ☐ personale | ☐ ASST |
| ☐ altro (specificare) | | |

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

- ☐ zona isolata (abitazione in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi,etc.)
☐ zona decentrata (abitazione in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
☐ centro abitato

ADEGUATEZZA ABITAZIONE

**BARRIERE
ARCHITETTONICHE**

- ☐ nessuna
☐ solo esterne
☐ solo interne
☐ esterne ed interne

BAGNO

- ☐ interno
☐ esterno
supporti antiscivolo:
Sì ☐ No ☐

RISCALDAMENTO

- ☐ in tutti i locali
☐ solo in alcuni locali
☐ tipologia di impianto.....

MOTIVO DEL RICOVERO

- ☐ stato di salute
☐ solitudine
☐ problemi familiari
☐ problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri? (es: fine settimana)

- ☐ Sì ☐ No

AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO ORIGINARIO

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA ATTUALE	RECAPITO TELEFONICO

Il sottoscritto..... in qualità di..... dichiara che il/la sig.r/ra non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

Data,

FIRMA

SCHEDA SANITARIA (compilazione a cura del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO _____

Patologie attive

Anamnesi patologica remota

Terapia – principio attivo

Posologia

Durata

Allergie / intolleranze _____

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità? : ☐ NO ☐ SI

Indicare le fragilità, criticità, motivazioni cliniche che rendono necessario l'ingresso in R.S.A.

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto grave
Patologia cardiaca (solo cuore)					
Iperensione arteriosa (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)					
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)					
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)					
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)					
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)					
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)					
Patologie epatiche (solo fegato)					
Patologie renali (solo rene)					
"Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)"					
"Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)"					
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)					
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)					
Patologie psichiatrico-comportamentali demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi					

MOBILITÀ, IGIENE, ALIMENTAZIONE (barrare tutte le voci di interesse)

- Trasferimento letto sedia**
- 1 Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
 - 2 Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
 - 3 Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona

- 4 Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
- 5 Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

Deambulazione

- 1 Dipendenza rispetto alla locomozione
- 2 Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione

- 3 Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- 4 Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 mt. senza bisogno di aiuto
- 5 Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorrere 50 mt. senza aiuto o supervisione.

Locomozione su sedia a rotelle

- 1 Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- 2 Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- 3 Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- 4 Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
- 5 Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

COGNITIVITÀ (*barrare tutte le voci di interesse*)

Confusione (stato mentale)

- 1 Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
- 2 E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- 3 Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- 4 E' perfettamente lucido

Irritabilità

- 1 Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- 2 Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
- 3 Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- 4 Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

Ricoveri ospedalieri recenti: ☐ NO ☐ SI _____

Se seguito dal Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD (ex U.V.A.)
indicare in quale ambulatorio e medico di riferimento _____

Lesioni da decubito

☐ assenti ☐ iniziali ☐ gravi ☐ multiple
Sede (specificare) _____

Reattività emotiva

- ☐ Collaborante
☐ E' estraniato dal mondo circostante
☐ Depressione
☐ Stato ansioso
☐ Agitazione con spunti aggressivi

Incontinenza

Urinaria	Fecale
☐ assente	☐ assente
☐ occasionale	☐ occasionale
☐ abituale	☐ abituale
☐ catetere a permanenza	

Igiene personale

- 1 Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
- 2 E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
- 3 E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
- 4 E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire
- 5 Totale indipendenza

Alimentazione

- 1 Paziente totalmente dipendente, va imboccato
- 2 Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- 3 Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati,
- 4 Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
- 5 Totale indipendenza nel mangiare.

Irrequietezza (stato comportamentale)

- 1 Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
- 2 Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
- 3 Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.
- 4 Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

Disturbi del comportamento in fase attiva

- ☐ Deliri
☐ Aggressività
☐ Allucinazioni
☐ Tentativi di fuga
☐ Irrequietezza motoria (*wandering, affaccendamento, ...*)
☐ Depressione
☐ Disinibizione

Peso kg: _____ Altezza cm: _____

- Disfagia: ☐ NO ☐ SI
- Nutrizione artificiale: ☐ PEG ☐ SNG ☐ NPT
- Respirazione: ☐ normale ☐ ossigeno (n° _____ h/die)
☐ Tracheostomia ☐ Ventilazione artificiale
- Dialisi: ☐ NO ☐ SI
- Abuso di sostanze alcoliche? ☐ NO ☐ SI ☐ In passato
- Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici? ☐ NO ☐ SI
- Richiede trattamento riabilitativo? ☐ NO ☐ SI
specificare: _____

Data,

Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa



Fondazione Sant'Andrea - ETS

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

(da compilare da parte del parente garante)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Pr. _____),

il ____/____/____ e residente a _____

in via _____, N. _____ dichiara di

costituirsi garante in relazione a tutte le norme regolanti il rapporto

del/la Signor/a _____ nato/a a _____ (Pr. _____),

il ____/____/____ e residente a _____

in via _____, N. _____ vigenti tra quest'ultimo e la Fondazione Sant'Andrea onlus.

In caso di insolvenza nel pagamento, si dichiara di assumere ogni responsabilità al riguardo.

_____, lì ____/____/____

IN FEDE



FONDAZIONE SANT'ANDREA - ETS - Iscritta al RUNTS Repertorio n. 169065
Via San Defendente, 1 - 24023 CLUSONE (Bg) tel. 0346.21078 C.F./P.I.: 03215660162
e-mail: info@fondazionesantandrea.it PEC: certificata@pec.fondazionesantandrea.it
sito internet: www.fondazionesantandrea.it

