Casa di Riposo
Soggiorno Sereno
di Emilia e Egidio Pasini

RICHIESTA DI AMMISSIONE

SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

DATA/NOTE:

DATA/NOTE:

DATA/NOTE:

DATA/NOTE

➢ Data di presentazione della domanda:_____/____/_____

Vista la domanda prodotta dal Parente di Riferimento tendente ad ottenere il ricovero in RSA del/la

Sig./Sig.ra_____

Il Direttore Sanitario

ESPRIME PARERE: Favorevole ☐ Con Riserva ☐ Non Favorevole ☐

Il / La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Nato/a il____/____/_____ a_____(Prov._____)

Residente in_____(____) in via_____ n°_____

Attuale domicilio:_____Tel:_____/_____

Codice Fiscale:___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Tessera Sanitaria:___/___/___/___/___/___/___/___/ es. ticket:_____

Carta d'identità N. _____DEL _____SCADENZA _____
(allegare copia documento di identità e copia della tessera sanitaria)

N° figli maschi: _____ N° figlie femmine _____

Annotazioni varie: _____

Casa di Riposo
Soggiorno Sereno
di Emilia e Egidio Pasini

PARENTI DI RIFERIMENTO

Sig./Sig.ra_____Residente a_____

In via_____ n°_____ Tel:_____

e-mail: _____ Grado di parentela_____

N.B.: IL NOMINATIVO SOPRA INDICATO SARA' IL PARENTE DI RIFERIMENTO CHE VERRA' CONTATTATO PER OGNI NECESSITA'

Sig./Sig.ra_____Residente a_____

In via_____ n°_____ Tel:_____

e-mail: _____ Grado di parentela_____

CHIEDE DI ESSERE RICOVERATO:

IN RSA: DEFINITIVO

MOTIVO DELLA DOMANDA:
1) ha perso l'autonomia fisica/psichica
2) la famiglia non è in grado di provvedere
3) Vive da solo
4) L'alloggio è inidoneo
5) Altro _____

INIZIATIVA DELLA DOMANDA:
1) il soggetto stesso
2) Familiare o affine
3) Assistente sociale o altri servizi
4) Medico
5) Tutore/Amministratore di sostegno
6) Altro _____

PROVENIENZA OSPITE:
1) Ospite che accede alla struttura direttamente dal domicilio
2) Ospite in dimissione da struttura psichiatrica
3) Ospite in dimissione da struttura sanitaria ospedaliera accreditata e/o non accreditata
4) Ospite in dimissione da istituto di riabilitazione
5) Ospite dimesso da altra struttura (Centro diurno integrato – RSA – ricovero a pagamento)
6) * _____(indicare nome struttura di provenienza)

POSIZIONE NELLA PROFESSIONE AL MOMENTO DELL'INGRESSO:
1) Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – CASALINGA (che ha svolto un lavoro retribuito)
2) Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – PENSIONATO (che ha lavorato)
3) Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – INVALIDO/INABILE (anche se pensionato)
4) Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - DISOCCUPATO
5) Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - ALTRO
6) Non ha MAI svolto lavoro retribuito – CASALINGA (non ha mai svolto lavoro retribuito, anche se con pensione)
7) Non ha MAI svolto lavoro retribuito – INVALIDO/INABILE (che non ha mai svolto lavoro retribuito)
8) Non ha MAI svolto lavoro retribuito – ALTRO

Casa di Riposo
Soggiorno Sereno
di Emilia e Egidio Pasini

PROFESSIONE PREVALENTE: _____

PROFESSIONE ALL'INGRESSO IN STRUTTURA: _____

SITUAZIONE PENSIONISTICA:

1) Nessuna pensione
2) Anzianità/Vecchiaia
3) Sociale
4) Due o più tipologie di pensione
5) Tipologia speciale (guerra-infortunio sul lavoro)
6) Reversibilità
7) Invalidità

TITOLO DI STUDIO:

1) Analfabeta
2) Elementare/medie inferiori
3) Superiore
4) Università

SOGGETTO CON INVALIDITA': ☐ SI (indicare % inv.)_____ ☐ NO

SOGGETTO CON ASSEGNO ACCOMPAGNAMENTO: ☐ SI ☐ NO (domanda presentata) ☐ NO

SOGGETTO CON BUONO SOCIO SANITARIO: ☐ SI ☐ NO (in lista di attesa) ☐ NO

SOGGETTO IN A.D.I. (assistenza domiciliare integrata): ☐ SI ☐ NO

SOGGETTO CON MISURA DI TUTELA GIURIDICA: ☐ SI (☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno)
E COMPILARE QUADRO NELLA PAGINA SUCCESSIVA
☐ NO

MEDICO CURANTE: (NOME/COGNOME/TELEFONO/INDIRIZZO MAIL)……

Casa di Riposo
Soggiorno Sereno
di Emilia e Egidio Pasini

SI IMPEGNA:

Ad entrare in Casa di Riposo entro 2 giorni dalla comunicata disponibilità del posto letto. L'eventuale rinuncia comporta lo spostamento della domanda in coda alla lista di attesa;

Al pagamento della retta mensile, secondo le indicazioni specifiche contenute nel contratto di assistenza socio sanitaria di ogni singola struttura;

1) A fornire tutti i dati e la documentazione che verranno richiesti al momento dell'ingresso ed in particolare:
   - Nominativi ed indirizzi completi dei parenti
   - Nominativi di eventuali soggetti legalmente incaricati a rappresentare l'ospite
   - Altre notizie anagrafiche
   - Altre notizie sulle abitudini di vita
   - Gli esiti di esami ematici e strumentali e delle visite specialistiche effettuate recentemente e/o in passato

Lì, _____ _____

Firma del richiedente

QUADRO DA COMPILARSI IN PRESENZA DI MISURE DI PROTEZIONE GIURIDICA

In caso di impossibilità alla firma da parte del richiedente stesso, il soggetto **legalmente autorizzato** (amm.re di sostegno/curatore/tutore) può presentare domanda in sua vece compilando il quadro successivo.

In caso di assenza di soggetto legalmente autorizzato il famigliare può temporaneamente (in attesa di conclusione dell'iter di nomina del soggetto legalmente autorizzato) presentare domanda in sua vece compilando il quadro successivo.

Il/la sottoscritto/a _____in qualità di (indicare grado di parentela o titolo diverso) _____ del sig./sig.ra _____impedito/a alla sottoscrizione della domanda di ingresso per ragioni connesse allo stato di salute chiede l'ammissione in RSA del signore/signora sopra riportato/a.

Data _____ _____

Firma *

*allegare copia del documento di identità e, in caso di soggetto legalmente nominato, anche copia del decreto di nomina.

Casa di Riposo
Soggiorno Sereno
di Emilia e Egidio Pasini

Allegati:

1. Informativa e consenso informato al trattamento dei dati personali
2. Modulo per raccolta dati sanitari
3. Informativa tutele giuridiche

Documenti necessari al completamento della domanda:

- Codice fiscale;
- Carta d'identità;
- Tessera sanitaria ed eventuale tessera di esenzione;
- Copia green pass

REGOLAMENTO UE 2016/679 – Diritto alla Riservatezza (Privacy)

INFORMATIVA PRIVACY

Gli articoli 12, 13 e 14 del Regolamento Europeo Privacy EU/2016/679 impongono al titolare del trattamento di fornire all'interessato, mediante la predisposizione di una idonea informativa privacy, tutte le informazioni necessarie a fargli comprendere come saranno trattati i suoi dati personali.

Il titolare del trattamento deve fornire la informativa privacy all'interessato, per iscritto o con altri mezzi anche elettronici, quali la pubblicazione della informativa privacy sul sito web aziendale.

Qualora i dati personali vengano raccolti presso l'interessato, l'articolo 13 del Regolamento Europeo Privacy impone al titolare del trattamento di fornire all'interessato, prima all'inizio del trattamento, le seguenti informazioni tramite la informativa privacy:

Estremi identificativi e di contatto del Titolale del Trattamento:

RSA

Telefono:

Dati di contatto del Responsabile protezione dati:

Finalità, motivazioni giuridiche e modalità del trattamento

Assistenza socio sanitaria, normata dalla Regione Lombardia, con DGR 2569/2014 in particolare ai punti 2.2.5.d Documentazione Sociosanitaria, 2.2.6 Sistema informativo e s.m.e.i. Il trattamento avviene in forma mista (cartacea e informatizzata).

Legittimi interessi perseguiti dal titolare del trattamento o da terzi

Il Titolare svolge legittimamente l'attività per la quale è autorizzato, ovvero RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale). Il trattamento dei dati è finalizzato alla assistenza sociosanitaria dell'interessato e all'assolvimento del debito informativo dovuto alla Regione Lombardia ed alla ATS competente.

Destinatari o categorie di destinatari ai quali i dati personali possono essere comunicati

I suoi dati personali possono essere comunicati all'interno dell'Ente e quelle aziende che operano sull'ospite sia per l'assistenza che per la ristorazione (in caso di diete speciali va specificato il tipo di problema). All'esterno i dati vengono comunicati agli organi di controllo (ATS e Regione Lombardia, Agenzia delle Entrate per il 730 precompilato, ISTAT in modo aggregato e anonimo)

Periodo di conservazione dei dati personali o criteri utilizzati per determinare tale periodo

La conservazione dei dati sanitari è sottoposta alle leggi dello Stato in materia. Allo stato attuale la conservazione è illimitata.

I dati di diversa natura, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati.

Casa di Riposo
Soggiorno Sereno
di Emilia e Egidio Pasini

Esistenza dei diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione e portabilità
L'interessato può accedere in qualsiasi momento ai suoi dati, chiederne la rettifica qualora non corretti, richiedere la cancellazione di dati sovrabbondanti ma non di quelli richiesti per Legge al Titolare, può limitare l'accesso dei dati ad alcune figure se questo non ha ricadute sulle sue cure, non può opporsi al trattamento perché i dati sanitari acquisiti hanno conservazione illimitata. La portabilità dei dati non è possibile per lo stesso motivo. L'interessato può invece richiedere copia dei dati per portarli con sé o trasferirli ad altro Titolare.

Esistenza del diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento
L'interessato può revocare il consenso in qualsiasi momento, assumendosene le ricadute (dimissione), fermo restando l'obbligo per il Titolare di continuare a detenere illimitatamente i dati sanitari a norma di Legge, anche per futuri controlli degli organi preposti. A tal fine i documenti informatizzati originali e firmati digitalmente sono archiviati a norma di legge presso azienda terza che procede alla archiviazione sostitutiva, disponibile anche ai fini legali Gli estremi di tale azienda possono essere richiesti in amministrazione.

Diritto di poter proporre un reclamo a un'autorità di controllo privacy
L'autorità alla quale rivolgere eventuale reclamo è il Garante per la protezione dei dati personali, www.garanteprivacy.it

Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento, conseguenze di eventuale rifiuto
Il conferimento dei dati è obbligatorio data la natura del rapporto di cura che si instaura fra interessato e Titolare. Se l'interessato si rifiuta di fornire i dati richiesti prima del ricovero, questo non potrà avvenire, mentre se questo accade durante il ricovero, il rapporto dovrà necessariamente terminare.

Esistenza di attività di profilazione o di processi decisionali automatizzati, logica utilizzata e conseguenze per l'interessato
Le attività di profilazione sull'utente sono disposte dalla Regione Lombardia per inquadrare la tariffa sanitaria da riconoscere al Titolare, inquadrando gli ospiti in "Classi SOSIA". Il Titolare utilizza criteri simili per stabilire la retta di soggiorno degli ospiti. Eventuali processi decisionali informatizzati derivanti sul suo stato di salute possono essere utilizzati dal personale sanitario e possono avere incidenza sul versante economico se queste modificano la Classe/profilazion

RICEVUTA DELL'INFORMATIVA

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa
In qualità di
□ Richiedente
□ Amministratore di sostegno
□ Parente di riferimento

Firma _____

CONSENSO PER LA COMUNICAZIONE AD ALTRE STRUTTURE

Il sottoscritto chiede che i dati inseriti nel presente modulo vengano trasmessi, anche in formato elettronico, alle seguenti RSA:

□ RSA Fondazione La Memoria – Gavardo (tel 0365 34261)
□ RSA Fondazione I.R. Falck – Vobarno (tel 0365 61102)
□ RSA Bertella - Sabbio Chiese (tel 0365 85170)
□ RSA Fondazione Passerini – Vestone (tel 0365 81151)

Che li potranno utilizzare per le medesime finalità per i quali sono stati raccolti

Firma _____

Casa di Riposo
Soggiorno Sereno
di Emilia e Egidio Pasini

RACCOLTA ANAMNESTICA
(DATI A CURA DEL MEDICO CURANTE)

Cognome _____Nome _____

Nato/a _____Il _____Esenzioni _____

ANAMNESI SANITARIA
Profilo diagnostico e terapeutico

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE PSICO-FISICA

PATOLOGIE IN ATTO (Cumulative Ilness Rating Scale – CIRS – Parmalee et al., 1995)

1 assente: nessuna compromissione di organo/sistema;

2 lieve: la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività . Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente (ad es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi);

3 moderato: la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può essere buona (ad es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco);

4 grave: la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (ad es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco);

5 molto grave: la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (ad es. infarto del miocardio, stroke, embolia),

1) Cardiaca (solo cuore)
diagnosi_____ **1 2 3 4 5**

2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)
diagnosi_____ **1 2 3 4 5**

3) Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)
diagnosi_____ **1 2 3 4 5**

4) Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)
diagnosi_____ **1 2 3 4 5**

5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)
diagnosi_____ **1 2 3 4 5**

6) Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)
diagnosi_____ **1 2 3 4 5**

7) Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie)
diagnosi_____ **1 2 3 4 5**

8) Epatiche (solo fegato)
diagnosi_____ **1 2 3 4 5**

9) Renali (solo rene)
diagnosi_____ **1 2 3 4 5**

Casa di Riposo
Soggiorno Sereno
di Emilia e Egidio Pasini

10) Altre Patologie Genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)
diagnosi_____ **1 2 3 4 5**

11) Sistema Muscolo-Scheletro-Cute (muscolo, scheletro, tegumenti)
diagnosi_____ **1 2 3 4 5**

12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza)
diagnosi_____ **1 2 3 4 5**

13) Endocrine- Metaboliche (include diabete, infezioni e stati tossici)
diagnosi_____ **1 2 3 4 5**

14) Psichiatrico- comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)
diagnosi_____ **1 2 3 4 5**

15) Altre diagnosi non sopra specificate: _____
_____
_____

- Diabete Mellito: □ SI □ NO terapia insulinica: □ SI □ NO Altro_____

- Allergie:_____ Patologie oncologiche:_____

- Patologie ematologiche:_____

- Positività sierologiche: ☐ VDRL ☐ HCV ☐ HBV ☐ TBC ☐ HIV

- Sindrome da allettamento: □ SI □ NO se SI da quanto tempo:_____

- Lesioni da decubito: □ SI □ NO sede delle lesioni:_____
_____

stadio delle lesioni:
- superficiali (stadio I° e II°)
- profonde (stadio III°)
- profonde e necrotiche (stadio IV°)

- Altro:_____

PROFILI DI GRAVITA'

Lesioni da decubito	□ SI	□ NO
Catetere urinario permanente	□ SI	□ NO
Cadute negli ultimi tre mesi (anche senza conseguenze)	□ SI	□ NO
Numero cadute	□ SI	□ NO
Contenzione fisica permanente	□ SI	□ NO
Etilismo attivo	□ SI	□ NO
Disinibizione	□ SI	□ NO
Irritabilità	□ SI	□ NO
Aggressività	□ SI	□ NO
Depressione attiva	□ SI	□ NO
Tentati suicidio recenti	□ SI	□ NO
Tentati suicidio pregressi	□ SI	□ NO

Casa di Riposo
Soggiorno Sereno
di Emilia e Egidio Pasini

INDICE DI MOBILITA'

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 dipendente rispetto alla deambulazione
2 necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
3 necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere e manovrare gli ausili
4 paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri 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 metri 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, etc.
4 riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per 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.

Igiene personale:

1 paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
2 è necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale
3 è necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
4 è in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'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 magiare

INDICE DI COGNITIVITA' E COMPORTAMENTO

Confusione:

1 paziente completamente confuso – comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
2 è 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 è perfettamente lucido

Casa di Riposo
Soggiorno Sereno
di Emilia e Egidio Pasini

Irritabilità (stato relazionale):

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

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.

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO (farmaco e posologia)

_____

_____

_____

_____

Si certifica inoltre che attualmente il paziente non è portatore di malattie contagiose e/o mentali tali da controindicare la vita in comunità.

Lì, _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE