

SCHEDA INGRESSO RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

IL RICHIEDENTE:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ (PROV. DI _____) IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N° _____

CODICE FISCALE _____

RECAPITO TELEFONICO _____

MAIL _____

IN QUALITA' DI :

- ☐ DIRETTO INTERESSATO
- ☐ FAMILIARE (SPECIFICARE PARENTELA _____)
- ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE/SOGGETTO CHE ESERCITA LA PROTEZIONE GIURIDICA (NOMINATIVO _____)
- ☐ ALTRO _____

CHIEDE L'INGRESSO IN RSA ☐ SOLVENZA ☐ POSTO LETTO A CONTRATTO DEL/DELLA SIG./SIG.RA

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ (PROV. DI _____) IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N° _____

CODICE FISCALE _____

CITTADINANZA _____

STATO CIVILE:

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

MEDICO DI MEDICINA GENERALE _____

RECAPITI TEL. _____ EMAIL _____

ATTUALMENTE LA PERSONA SI TROVA:

- ☐ DOMICILIO
- ☐ OSPEDALE
- ☐ CURE INTERMEDIE/RIABILITAZIONE
- ☐ STRUTTURA PSICHIATRICA
- ☐ RICOVERO SOLVENTE
- ☐ ALTRO

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

CARTA DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL RICHIEDENTE E DELL'INTERESSATO

TESSERA SANITARIA DEL RICHIEDENTE E DELL'INTERESSATO

ALLEGATO 1 COMPILATO E FIRMATO DAL MEDICO CURANTE o DAL MEDICO DELLA STRUTTURA OSPITANTE (obbligatorio)

COPIA VERBALE INVALIDITA' CIVILE / HANDICAP

COPIA ATTO DI NOMINA AMMINISTRATORE di SOSTEGNO/TUTORE (da presentare all'ingresso)

DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE (ULTIMI 6 MESI) (da presentare all'ingresso)

I dati personali, anche particolari (sensibili) ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/16 ("GDPR"), giudiziari (art. 10 del GDPR), contenuti nella presente richiesta, dovranno essere trattati con la massima riservatezza e secondo le disposizioni del Regolamento 679/16, esclusivamente per la seguente finalità: riattivazione domanda di inserimento nella lista d'attesa ingresso in RSA.

I dati verranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/16.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione).

La natura del conferimento dei dati non è facoltativa bensì obbligatoria. Un eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di presentare la domanda.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei e la Struttura sociosanitaria e l'Azienda Sociale del Cremonese mettono in atto le adeguate misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del Regolamento UE 679/16 è la Struttura sociosanitaria ove l'interessato presenta la domanda.

Il Responsabile esterno del Trattamento ai sensi art. 28 comma 1 del GDPR è l'Azienda Sociale del Cremonese.

Il Responsabile della Protezione dei dati ai sensi art. 37 del Regolamento UE 679/16 per l'Azienda Sociale del Cremonese è l'Avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Con la sottoscrizione in calce, l'interessato presta il consenso informato al trattamento dei dati personali anche particolari (sensibili) e giudiziari per la predetta finalità.

Luogo e data: _____

Firma richiedente _____

ALLEGATO 1

RELAZIONE SANITARIA PER L'INGRESSO IN RSA

A CURA DEL ☐ MEDICO MEDICINA GENERALE ☐ MEDICO STRUTTURA OSPITANTE

SIG./SIG.RA _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

ESENZIONI _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

PATOLOGIE _____

TERAPIA FARMACOLOGICA

FARMACO	DOSAGGIO	POSOLOGIA

ALLERGIE AI FARMACI: ☐ SI ☐ NO

Se sì, quali: _____

ALTRI TRATTAMENTI:

Emotrasfusione	☐ NO ☐ SI	Tipo _____
Dialisi	☐ NO ☐ SI: ☐ emodialisi ☐ dialisi peritoneale	
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc)		

GESTIONE DELLA TERAPIA:

- ☐ AUTONOMO
☐ CON AIUTO
☐ TOTALMENTE DIPENDENTE

NOTIZIE ANAMNESTICHE SIGNIFICATIVE:

LA PERSONA HA EFFETTUATO LE SEGUENTI VACCINAZIONI:

- ☐ INFLUENZA: ☐ SI ☐ NO Data Vaccinazione: _____
☐ ANTIPNEUMOCOCCICA: ☐ SI ☐ NO Data Vaccinazione: _____
☐ SARS COV 2: ☐ SI ☐ NO Data Ultima Vaccinazione: _____
N. dosi somministrate: _____
☐ ALTRO _____

DEFICIT SENSORIALI

Ipovisus	☐ NO ☐ SI	Cecità assoluta ☐ SI
Ipoacusia	☐ NO ☐ SI	Corretta con protesi ☐ NO ☐ SI Sordità assoluta ☐ SI

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	☐ NO ☐ SI ☐ soporoso ☐ coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)
Diagnosi di demenza nota	☐ NO ☐ SI, QUALE.....
Deficit di memoria	☐ NO ☐ SI Disorientamento ☐ NO ☐ SI: ☐ temporale ☐ spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	☐ NO ☐ SI, di che tipo:
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	☐ NO ☐ SI Deflessione del tono dell'umore ☐ NO ☐ SI

Deliri	☐ NO ☐ SI	Allucinazioni	☐ NO ☐ SI
Aggressività	☐ NO ☐ SI:	☐ fisica ☐ verbale	
Disturbi del sonno	☐ NO ☐ SI	☐ Inversione ritmo sonno-veglia	
Vagabondaggio /affaccendamento	☐ NO ☐ SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga	☐ NO ☐ SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	☐ NO ☐ SI, di che tipo:		
Etilismo/potus	☐ NO ☐ SI: ☐ attuale ☐ pregresso		
Tabagismo	☐ NO ☐ SI: ☐ attuale ☐ pregresso		
Abuso/dipendenza da sostanze:	☐ NO ☐ SI: ☐ attuale ☐ pregresso Di che tipo:		
Dipendenza gioco	☐ no ☐ si, di che tipo:		
Tentato suicidio	☐ NO ☐ SI: indicare la data: / /		
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	☐ NO ☐ SI:		
Eventuali note e osservazioni:			

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

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

Intolleranze/Allergie	☐ non note ☐ NO ☐ SI, di che tipo:
-----------------------	---

SCALA BARTHEL

Attività	Punteggio	
Alimentazione	0	dipendente
	5	necessita di assistenza (es: tagliare il cibo)
	10	indipendente
Vestirsi / Svestirsi	0	dipendente
	5	necessita aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole
	10	indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni
Igiene personale	0	dipendente
	5	si lava la faccia e i denti, si pettina, si rade (inserisce la spina del rasoio)
Fare il bagno / doccia	0	dipendente
	5	indipendente
Controllo sfinterico intestinale	0	incontinente
	5	occasionali incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
Controllo sfinterico vescicale	0	incontinente
	5	occasionali incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
Spostamenti Trasferimento sedia- letto	0	dipendente, non ha equilibrio da seduto
	5	in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi
	10	minima assistenza e supervisione
	15	indipendente
Utilizzo della toilette	0	dipendente
	5	necessita qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/sgestirsi o usare carta igienica
	10	indipendente con l'uso del bagno o della padella
Mobilità Deambulazione su terreno piano	0	immobile
	5	indipendente con la carrozzina per > 45m
	10	necessita aiuto per > 45m
	15	indipendente per > 45m (può usare ausili, es. bastone, ma non girello)
Salire o scendere le scale	0	dipendente
	5	necessita di aiuto o supervisione
	10	indipendente, può usare ausili

PUNTEGGIO _____/100

INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

Indicare l'indice di severità:

[1] assente [2] lieve [3] moderato [4] grave [5] molto grave

1. Patologie cardiache (solo cuore)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3. Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4. Patologie respiratorie (a partire dalla laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5. O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. Apparato G.L. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. Apparato G.L. inferiore (intestino, ernie)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8. Patologie epatiche (solo fegato)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9. Patologie renali (solo rene)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10. Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11. Sistema muscolo-scheletrico-cutaneo	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12. Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico: non include la demenza)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13. Patologie endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14. Patologie psichiatriche-comportamentali (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Indice di severità _____	Indice di comorbilità _____
--------------------------	-----------------------------

ASSISTENZA RESPIRATORIA:

- ☐ NESSUNA
- ☐ OSSIGENOTERAPIA ☐ SI ☐ NO FLUSSO (litri/minuto): _____ PER QUANTE ORE/DIE _____
- ☐ TRACHEOTOMIA ☐ SI ☐ NO
- ☐ VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA ☐ SI ☐ NO
- ☐ VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA ☐ SI ☐ NO

LESIONI CUTANEE: ☐ SI ☐ NO

Se si, specificare:

- ☐ Lesioni da decubito: Sede _____
Stadio _____
- ☐ Altro: _____: Sede _____
Stadio _____

MINIZIONE ED EVACUAZIONE

- ☐ UTILIZZO PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA ☐ SI ☐ NO
- ☐ PORTATORE DI CATETERE VESCICALE ☐ SI ☐ NO
- ☐ ILEOSTOMIA/COLOSTOMIA ☐ SI ☐ NO

LA PERSONA E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE E PUO' VIVERE IN COMUNITA'? ☐ SI ☐ NO

EVENTUALI NOTE:

Luogo e Data _____

Firma e timbro del medico
