



RICHIESTA RICOVERO

- Residenza Sanitaria Assistenziale Anziani**
- Residenza Sanitaria Disabili**

DATI DELL'OSPITE

Nome e Cognome _____

Data di Nascita _____

Luogo di Nascita _____

Residente a: _____

Via _____

Codice Fiscale _____

Carta d'identità n° _____

data di scadenza _____

Libretto Sanitario _____

Esenzione _____

Invalità Civile _____

(sì/no/ e percentuale)

PERSONE DI RIFERIMENTO (familiari, tutore, Amministratore di sostegno, altro)

Nome e Cognome _____

Data di Nascita _____

Luogo di Nascita _____

Residente a: _____

Via _____

Tel. _____

Codice Fiscale _____

In qualità di _____

Nome e Cognome _____

Data di Nascita _____

Luogo di Nascita _____

Residente a: _____

Via _____

Tel. _____

Codice Fiscale _____

In qualità di _____

Nome e Cognome _____

Data di Nascita _____

Luogo di Nascita _____

Residente a: _____

Via _____

Tel. _____

Codice Fiscale _____

In qualità di _____

SERVIZIO INVIANTE

Referente _____

Telefono _____

SERVIZIO INVIANTE

Referente _____

Telefono _____

RELAZIONE SOCIO-FAMILIARE

INFORMAZIONI RELATIVE AL SIG./SIG.RA

Motivi della domanda _____

Iniziativa della domanda

- Il soggetto stesso
- Assistente sociale e altri servizi
- Familiare o affine o tutore o Amministratore di Sostegno
- Medico
- Altro _____

Stato civile

- Nubile/celibe
- Coniugata/o
- Separata/o
- Divorziata/o
- Vedova/o
- Convivente
- Religiosa/o

Professione svolta

- Casalinga
- Impiegato
- Lavoratore autonomo
- Libero professionista
- Nessuna
- Operaia/o
- Pensionata/o

Grado di istruzione

- Alfabeti privi di titolo
- Licenza elementare
- Licenza media inf. o eq.
- Diploma
- Diploma universitario/Laurea
- Analfabeta

Pensione

- Nessuna
- Minima sociale
- Altra pensione
(vecchiaia/anzianità/reversibilità)

Invalidità civile

- Sì
- No
- In attesa

Esenzione ticket

- Sì
- No
- Codice

Indennità di Acc.to

- Sì
- No
- In attesa

Amministrazione di Sostegno/Tutore

- Già nominato, nella veste del Sig./Sig.ra
- No
- In attesa di nomina

Provenienza dell'Ospite

Indicare la situazione in cui si trova il richiedente al momento di presentazione della domanda:

- Soggetto che accede alla struttura direttamente dal domicilio;
- Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica;
- Soggetto in dimissione da Ospedale _____, Reparto _____
- Soggetto in dimissione da struttura riabilitativa;
- Soggetto in dimissione da altra struttura (altra R.S.A., C.D.I. RSD)
- Previsione durata del ricovero: sollievo temporaneo lungo termine

Se al domicilio indicare

- Vive solo SI NO
- Con

Se esiste, indicare il numero dei figli

- Uomini _____
- Donne _____

Supporto familiare

- Buono
- Insufficiente
- Non ha supporto familiare

Eventi avversi dell'ultimo anno

- Morte di un familiare
- Malattia di un familiare
- Cambio residenza/abitazione
- Divorzio/Separazione
- Altro

Eventuali precedenti psichiatrici SI NO

- Se si, quali

- Se si, compilare il modulo Informazioni in Ambito Educativo, vedi pag. 8-9

Tentativi di suicidio SI NO

RELAZIONE MEDICA

Diagnosi

Terapia assunta

Allergie note

Dati di sintesi sulle condizioni dell'ospite

- Autosufficiente
 Non autosufficiente

Stato di nutrizione

- Peso Altezza BMI

Informazioni generali

Lesione da decubito

- No
 Sì
- | | | |
|----------------|----------------|----------------|
| • Stadio _____ | • Stadio _____ | • Stadio _____ |
| • Sede _____ | • Sede _____ | • Sede _____ |

Condizioni generali dell'ospite

Mobilità Può camminare da solo Può camminare con aiuto o con protesi Si sposta esclusivamente con carrozzella Allettato

Vestizione Si veste da solo Si veste con aiuto parziale Dipendenza totale nel vestirsi

Igiene Si lava da solo Si lava con aiuto parziale Dipendenza totale per l'igiene

Uso dei servizi Utilizza da solo i servizi igienici Utilizza i servizi con aiuto parziale Dipendenza totale

Sfinteri Continenza sfinteri Incontinenza parziale Incontinenza totale

Utilizza pannolone Non utilizza Pannolone per uscire di casa
 Pannolone solo di notte Pannolone 24 ore su 24
 Catetere vescicale

Alimentazione Mangia da solo Mangia con aiuto parziale Dipendenza totale nell'alimentarsi Disfagia

Masticazione Conservata Protesi
 Edentulia

Ausili per l'alimentazione Sondino naso PEG Perenterale totale

Respirazione Spontanea Cannula tracheale Ossigeno terapia
 Ventilazione assistita

Visus Soddisfacente Compensato con lenti
 Scarso anche con lenti Nullo

Udito Soddisfacente Compensato con apparecchio
 Scarso Nullo

Umore Eutimico Depresso Euforico

Psiche Integra Con fasi di confusione e disorientamento o con fasi di agitazione psicomotoria Demenza senile e stati senili

Comportamento Wandering Tendenza alla fuga Aggressività {
 Verbale
 Fisica
 Tendenza a urlare Apatia

Deliri/Allucinazioni SI NO

Di notte Dorme tranquillamente Assume tranquillanti
 È solitamente agitata/o, malgrado un costante utilizzo di tranquillanti
 Presenta inversione del ritmo sonno-veglia

Note Generali _____

INFORMAZIONI IN AMBITO EDUCATIVO

(da compilarsi a cura del familiare con il supporto del medico)

AREA DELLA COMUNICAZIONE

- Come comunica
Linguaggio verbale
Linguaggio gestuale
Altro
- Comprende semplici messaggi
Sì
No

AREA RELAZIONALE

- | | AGGRESSIVO | PASSIVO | DIPENDENTE | SOCIEVOLE |
|---|---|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Relazione con: | | | | |
| - i familiari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - amici/conoscenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - operatori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - estranei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Comportamento in pubblico rispetto al contesto (fare la spesa, andare al bar, etc.) | <input type="checkbox"/> Adeguato | <input type="checkbox"/> Non adeguato | | |
| • Presenza di: | | | | |
| 1. comportamenti problema: | Autolesionismo <input type="checkbox"/> | | | |
| | aggressività verso oggetti <input type="checkbox"/> | | | |
| | aggressività verso persone <input type="checkbox"/> | | | |
| 2. stereotipie: | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | | |
| | Specificare _____ | | | |
| 3. tic: | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | | |
| | Specificare _____ | | | |

AREA SESSUALE

- Predilige stare con figure:
Maschili
Femminili
Indifferente
- Autoerotismo:
In pubblico
Da solo
Assente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____

In qualità di ospite/parente dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 10 del d.Lgs 196/03 unitamente alla copia dell'art. 13 della Legge medesima ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata Legge, con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili, nei limiti, per le finalità per la durata precisati nell'informativa.

Data _____

Firma _____

Dichiara di essere stato indirizzato presso R.S.A. R.S.D. Villa San Benedetto da:

- Servizi Sociali
- Medico di base/Medici altre strutture
- Conoscenti
- Internet
- Pagine gialle/bianche

Timbro e Firma del Medico

Data: _____

Firma Accettazione

Data ricevimento: _____