



DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A.

Generalità della persona che richiede di essere accolta in RSA

Cognome e nome _____ Sesso M F

Nato a _____ Prov. _____ il _____ Cittadinanza _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via/Piazza _____ tel. _____

Codice Fiscale _____ Codice assistito _____

Tessera esenz. ticket _____ Medico curante dott. _____

⇒ stato civile

Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

⇒ usufruisce attualmente di:

Pensione NO SI se si, tipo di pensione _____

Invalità civile NO SI _____% In attesa

Assegno di accompagnamento NO SI In attesa

Generalità della persona che presenta la domanda

Cognome e nome _____ Residente a _____

CAP _____ Via/Piazza _____

Telefono 1 _____ Telefono 2 _____

e mail _____

Grado di parentela [eventuale] _____

Titolo di rappresentanza legale (nel caso di persone già dichiarate incapaci o con deficit delle funzioni mentali superiori):

Amministratore di sostegno Tutore Curatore

Altra persona di riferimento in caso di necessità _____

Telefono 1 _____ Telefono 2 _____

Servizio Sociale (se coinvolto) _____

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 ecc.).

Firma della persona o del richiedente _____ data _____

SCHEMA CONOSCITIVA

da compilare a cura di chi presenta la domanda

Motivo della domanda

- Persona non autonoma Vive solo Alloggio non idoneo
 Difficoltà familiari Altro (specificare) _____

Urgenza del ricovero:

- estrema ordinaria inserimento in lista di attesa a scopo preventivo

Tipologia di ricovero

- pronto intervento definitivo sollievo/temporaneo

L'anziano attualmente si trova:

Ospedale (specificare) _____

Istituto di riabilitazione (specificare) _____

RSA (Casa di riposo) (specificare) _____

Altra struttura (specificare) _____

in casa propria con aiuto di (specificare) _____
 di altri (specificare) _____

L'anziano usufruisce attualmente di:

Assistenza domiciliare del Comune SI NO

Assistenza domiciliare sanitaria (voucher) SI NO

Protesi ed ausili in uso:

- deambulatore carrozzina materassino/cuscino antidecubito
 letto ortopedico presidio per incontinenza altro (specificare) _____

INFORMAZIONI SULL'AUTONOMIA DELLA PERSONA

E' capace di spostarsi autonomamente dal letto alla sedia e viceversa?

- No, non è in grado, richiede la completa assistenza
 Necessita di aiuto
 E' completamente autonoma

E' in grado di camminare da sola?

- No, non è in grado
 Necessita di aiuto
 E' completamente autonoma

Se non cammina, è in grado di manovrare da sola la sedia a rotelle?

- No, non è in grado
 Necessita di aiuto
 E' completamente autonoma

E' in grado lavarsi, fare il bagno, pettinarsi?

- No, non è in grado
- Necessita di aiuto
- E' completamente autonoma

E' in grado di mangiare da sola?

- Non è in grado, deve essere imboccato
- Collabora ma necessita di aiuto
- E' completamente autonomo/a

E' mentalmente confusa?

- E' completamente disorientata
- Parzialmente confusa
- Parla e comprende normalmente

E' irritabile?

- Si
- Si, solo se provocata
- No

E' particolarmente irrequieta?

- Si, è incapace di stare ferma
- E' spesso molto irrequieta
- E' tranquilla

Altre notizie che si ritengono utili per il ricovero

Si informa il richiedente il ricovero che i dati personali saranno utilizzati al solo scopo di inserire il nominativo dell'interessato nella lista d'attesa delle R.S.A. del territori dell'A.S.L. Milano2

Il sottoscritto _____, ai sensi del decreto legislativo 196/2003, acconsente al trattamento dei dati della presente domanda, al solo scopo di inserimento nella Lista d'attesa delle R.S.A., di cui all'elenco allegato.

data _____

firma _____

Allegato:

Desidera presentare la domanda in altre R.S.A. del territorio della A.S.L.?

Denominazione	Indirizzo	Telefono	<i>segnare qui</i>
Casa dell'Anziano San Camillo*	Via della Cappelletta, 5 - Carugate	029254771	<input type="checkbox"/>
Casa di Riposo Comunale	Via 5 Martiri, 1 - Cassano d/A.	036361581	<input type="checkbox"/>
Casa Famiglia per Anziani di Bussero*	Via A. Grandi, 8 - Bussero	0295330322	<input type="checkbox"/>
Fondazione Castellini di Melegnano*	Via Cavour, 21 - Melegnano	02982201	<input type="checkbox"/>
Fondazione Don Gnocchi	P.zza Castello, 23 - Pessano c/B.	02955401	<input type="checkbox"/>
Fondazione Ospedale Marchesi	Via Marchesi, 25 - Inzago	02953123	<input type="checkbox"/>
Istituto Geriatrico Redaelli*	Via Leopardi, 3 - Vimodrone	02250321	<input type="checkbox"/>
Istituto Geriatrico Vergani e Bassi	Via Lazzaretto, 2- Gorgonzola	029513379	<input type="checkbox"/>
Istituto Monsignor Biraghi*	Via Videmari, 2 - Cernusco s/N.	02929036	<input type="checkbox"/>
R.S.A. Acquamarina - Heliopolis*	Via Strada Cerca - Binasco	02900351	<input type="checkbox"/>
R.S.A. Anna Sironi	Via Nenni, 20 - Trezzo S/Adda	0290939943	<input type="checkbox"/>
R.S.A. Cascina Corte Nuova	Via del Ronco - Paullo	0290639806	<input type="checkbox"/>
R.S.A. di Rozzano - Gli Oleandri	Via Amendola, 20/A - Rozzano	0257701975	<input type="checkbox"/>
R.S.A. Giovanni Paolo II	V.le Germania, 1 - Melzo	0295732428	<input type="checkbox"/>
R.S.A. Maria Lorenzon - Heliopolis	Via Strada Cerca - Binasco	02900351	<input type="checkbox"/>
R.S.A. I Pioppi	Via L. da Vinci - Dresano	0298274148	<input type="checkbox"/>
R.S.A. Alfredo Podestà - Heliopolis	Via Strada Cerca - Binasco	02900351	<input type="checkbox"/>
Residenza Borromea	Via Buonarroti - Mediglia	0290600463	<input type="checkbox"/>
Residenza Melograno - Anni Azzurri*	Via Napoli, 2 - Cassina de' Pecchi	0295341410	<input type="checkbox"/>
Residenza Mirasole - Anni Azzurri	Via Borsellino, 6 - Opera	02576911	<input type="checkbox"/>
Residenza San Rocco - Anni Azzurri	Via Monviso, 87 - Segrate	0226952323	<input type="checkbox"/>

N.B. * presente Nucleo Protetto per ospiti ALZHEIMER

INFORMAZIONI SANITARIE

(a cura del medico curante)

Cognome e nome

data di nascita

Patologie presenti

	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Diagnosi</i>
Patologie cardiache			
Ipertensione arteriosa			
Patologie vascolari/ematologiche			
Patologie respiratorie			
Vista, udito, naso, gola, laringe			
Apparato gastroenterico superiore			
Apparato gastroenterico inferiore			
Patologie epatiche			
Patologie renali			
Altre patologie genito-urinarie			
Sistema muscolo-scheletrico e Cute			
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze)			
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici)			
Patologie psichiatrico-comportamentali (incluse le demenze)			

Problemi clinici prevalenti

Patologie infettive/contagiose presenti

Terapia farmacologica in corso (indicare farmaco e posologia)

Allergie a:

Anomalie del comportamento

Ansia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Depressione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Deliri o allucinazioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Agitazione psico-motoria diurna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Agitazione psico-motoria notturna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Deambulazione incessante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Affaccendamento afinalistico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Inversione del ritmo sonno-veglia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Aggressività	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Anomalie della marcia e della postura

Cadute negli ultimi 3 mesi SI NO se si, numero cadute |____|

Altre informazioni sanitarie

Ci sono problemi di alimentazione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
disfagia – altri disturbi della deglutizione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
nutrizione artificiale enterale		
con gastrostomia (PEG) o digiunostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
con sondino naso gastrico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
nutrizione parenterale totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La persona è in dialisi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
dialisi peritoneale automatica o manuale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
dialisi extracorporea ambulatoriale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
dove effettua la dialisi _____		
E' presente insufficienza respiratoria?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ossigeno occasionalmente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ossigeno almeno 6 ore al giorno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ossigenoterapia continua	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
tracheostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ventilazione meccanica invasiva / non invasiva	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La persona è affetta da diabete mellito?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
è trattato con la sola dieta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
farmaci antidiabetici orali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
insulina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La persona ha ulcere da decubito?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sacrali o trocanteriche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
arti inferiori o altre sedi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La persona ha ulcere vascolari?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ci sono problemi di continenza vescicale o fecale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
presidi per incontinenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
cateterismo intermittente con Nelaton	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
enterostomia, colostomia, ureterocutaneostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Recapiti telefonici Medico _____

timbro e firma del medico

data di compilazione