

Struttura _____

Dati ospite/assistito:

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: ___ / ___ / _____ Luogo di Nascita _____

Codice Fiscale _____ Sesso M F

Stato civile: celibe/nubile coniugato/a separato/a divorziato/a vedovo/a

Residenza:

Comune: _____ Indirizzo: _____

Tel/cell _____ e-mail _____

Se cittadino extracomunitario:

permesso di soggiorno No Si Scadenza ____/____/____

Attuale collocazione: al proprio domicilio in ospedale _____

presso i propri familiari in altra struttura _____

da quanto tempo _____

Persona che richiede l'inserimento in struttura:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ luogo di nascita _____

in qualità di:

AdS (atto n° _____ del _____ tribunale di _____)

Tutore/Curatore (atto n° _____ del _____ tribunale di _____)

Altro (specificare) _____

Residente in _____ indirizzo _____

C.F. _____ tel/cell _____

e-mail _____ Numero figli _____ maschi _____ femmine _____

Urgenza della domanda:

estrema ordinaria inserimento in lista d'attesa a scopo preventivo

Motivi della domanda di ricovero: <input type="checkbox"/> stato di salute <input type="checkbox"/> problemi familiari <input type="checkbox"/> condizioni abitative <input type="checkbox"/> trasferimento da altra struttura <input type="checkbox"/> solitudine <input type="checkbox"/> alloggio non adeguato <input type="checkbox"/> eventuale sfratto <input type="checkbox"/> altro _____
Tipo di ospitalità: <input type="checkbox"/> temporaneo dal_____ al_____ <input type="checkbox"/> indeterminato dal_____ <input type="checkbox"/> diurno dal_____ al_____ <input type="checkbox"/> altro _____ dal_____ al_____ Data ingresso effettiva (a cura della direzione struttura)_____
Reazione al ricovero: <input type="checkbox"/> consenziente <input type="checkbox"/> Indifferente <input type="checkbox"/> non è in grado di decidere <input type="checkbox"/> contrario <input type="checkbox"/> non è stato informato (motivo)_____ _____
Persona di riferimento da contattare in caso di necessità: Cognome:_____ Nome:_____ Residente a :_____ indirizzo:_____ Grado di parentela_____ e-mail_____ Tel/cell_____ altri recapiti_____
Ufficio referente (comune/asl): _____ Assistente sociale _____ tel._____ Indirizzo mail _____
Medico curante Dott. _____ Tel._____ Fax._____ Cell_____ e-mail_____ Indirizzo ambulatorio_____
Scolarità: <input type="checkbox"/> licenza elementarie <input type="checkbox"/> licenza medie inferiori <input type="checkbox"/> licenza medie superiori <input type="checkbox"/> laurea in_____ <input type="checkbox"/> altro_____
Attività lavorativa: _____ Credo religioso: _____ Ama stare in compagnia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Interessi e hobbies _____
Se residente in abitazione: <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> in affitto <input type="checkbox"/> Altro_____

Situazione familiare: vive solo (da quanto tempo _____)

non vive solo: coniuge figlio/a badante altro _____

Il convivente è: autosufficiente parzialmente autosufficiente non autosufficiente

Dichiarazione di non autosufficienza: Si No

Convenzionato con ASL: Si _____ No ha presentato richiesta

Usufruisce di Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria (ADI) Si No

Frequenta un Centro Diurno Integrato (CDI)

Usufruisce di Misure di Sostegno Regionali _____

Convenzionato con Comune: Si _____ (quota corrisposta € _____)

No Ha presentato richiesta in data _____

Servizi /interventi sociali attivi: No Si (specificare:

Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) Si No

Associazioni di Volontariato

Altro _____

Invalidità civile: Si (_____ % codice _____) No

Ha presentato la domanda è in attesa di visita

E' stato/a sottoposto/a a visita in data _____ in attesa di esito

Assegno di accompagnamento Si No In attesa

Ha presentato domanda di aggravamento

Dati relativi alla situazione pensionistica (barrare anche più risposte):

- anzianità/vecchiaia (VO) (Importo mensile) € _____
- reversibilità (VO) (Importo mensile) € _____
- invalidità sociale (PS) (Importo mensile) € _____
- tipologia speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.) (Importo mensile) € _____
- Invalidità (Importo mensile) € _____
- Altro (indicare il tipo) _____ (Importo mensile) € _____
- nessuna pensione

Dati relativi alla situazione patrimoniale:

- Immobile/i di proprietà
- Terreno/i
- Automobile
- Altro _____

Dati relativi alla situazione lavorativa del contraente:

- Lavoro dipendente (indicare la tipologia di lavoro svolto) _____
- Lavoro autonomo (indicare la tipologia di lavoro svolto) _____

Dati relativi alla situazione patrimoniale del contraente:

- Immobile di proprietà
- Terreni
- Automobile
- Altro _____

Autonomia nelle attività strumentali	Autonomo	Riceve aiuto	Non in grado
Fare acquisti			
Cucinare			
Pulizia della casa			
Fare il bucato			
Spostarsi con i mezzi			
Assumere farmaci			
Maneggiare denaro			

L'anziano esce di casa?
 Si solo accompagnato No

Com'è venuto a conoscenza della Struttura:

Direttamente

Passaparola

Servizio Sociale (specificare) _____

Mecico di Medicina Generale (medico curante)

Pubblicità

Internet

Associalzioni

Medico Specialista _____

Eventi /manifestazioni _____

Altro _____

Altre notizie utili all'ingresso _____

Data _____

Firma del richiedente/contraente _____ (firma chiara e leggibile)

Sez. a cura del richiedente o del medico curante)

<p>Stato di coscienza</p> <p> <input type="checkbox"/> Vigile <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Orientato T/S <input type="checkbox"/> Parz. orient T/S <input type="checkbox"/> Totalmente disorientato T/S Note _____ _____ _____ _____ </p>	<p>Memoria</p> <p> <input type="checkbox"/> Completamente compromessa <input type="checkbox"/> Memoria remota conservata <input type="checkbox"/> Memoria remota compromessa <input type="checkbox"/> Memoria recente conservata <input type="checkbox"/> Memoria recente compromessa <input type="checkbox"/> Memoria completamente conservata </p>	<p>Comunicazione/comprendione</p> <p> <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Comunica e comprende solo ordini semplici <input type="checkbox"/> Esprime i suoi bisogni principali </p> <p style="text-align: center;">Linguaggio</p> <p> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Afasico <input type="checkbox"/> Disartrico </p>
<p>Disturbi sensoriali - Vista</p> <p> Cecità: <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX Ipovedente: <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> </p>	<p>Disturbi sensoriali - Udito</p> <p> Sordità <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX Ipoacusico <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX Integro <input type="checkbox"/> Corretto con protesi <input type="checkbox"/> </p>	<p>Disturbi del linguaggio e della comunicazione</p> <p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (di che tipo) _____ _____ _____ </p>
<p>Disturbi del comportamento</p> <p> <input type="checkbox"/> Deliri <input type="checkbox"/> Allucinazioni <input type="checkbox"/> Ansia <input type="checkbox"/> Aggres. fisica <input type="checkbox"/> Aggres. verbale <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Irritabilità <input type="checkbox"/> comportamento motorio ripetitivo <input type="checkbox"/> Disturbi dell'alimentazione </p>	<p>Agitazione</p> <p> <input type="checkbox"/> Frequente <ul style="list-style-type: none"> • di giorno • di notte <input type="checkbox"/> Moderato/Occasionale <ul style="list-style-type: none"> • di giorno • di notte <input type="checkbox"/> Tranquillo </p>	<p>Cammino afinalistico</p> <p> <input type="checkbox"/> Frequente: <ul style="list-style-type: none"> • di giorno • di notte <input type="checkbox"/> Moderato/Occasionale <ul style="list-style-type: none"> • di giorno • di notte <input type="checkbox"/> Assente </p>
<p>Equilibrio</p> <p> <input type="checkbox"/> stabile <input type="checkbox"/> instabile </p> <p>Presenta controllo del tronco</p> <p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì </p> <p>Presenta controllo del capo</p> <p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì </p>	<p>Cadute ricorrenti</p> <p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì </p> <p> Numero cadute nell'anno _____ (anche senza conseguenze traumatiche) </p>	<p>Sonno notturno</p> <p> <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Insonnia con risvegli frequenti <input type="checkbox"/> Addormentamento tardivo <input type="checkbox"/> Risveglio precoce </p>

<p style="text-align: center;">Alimentazione</p> <p> <input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> Parzialm. autosufficiente <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente </p> <p> Diabetico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Insulino dipendente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale <input type="checkbox"/> Dialisi extra corporea </p> <p> Celiaco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No </p> <p> Segue una dieta particolare <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (specificare) _____ _____ _____ _____ _____ </p> <p> Peso KG _____ Altezza cm _____ </p>	<p style="text-align: center;">Deglutizione</p> <p> <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Disfagia totale <input type="checkbox"/> Disfagia per i liquidi <input type="checkbox"/> Disfagia per i solidi <input type="checkbox"/> Affetto da edentulia <input type="checkbox"/> Protesi dentale fissa </p> <p> Nutrizione artificiale <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> MIDLINE </p> <p> Integrazione nutrizionale <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Per bocca <input type="checkbox"/> Endovena </p>	
<p style="text-align: center;">Autonomia nel movimento</p> <p> <input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente <input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente (cammina con l'aiuto di qualcuno o con ausili) <input type="checkbox"/> Allettato </p>	<p style="text-align: center;">Utilizzo ausili per la deambulazione</p> <p> <input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> dembulatore/girello <input type="checkbox"/> Altro _____ _____ </p>	<p style="text-align: center;">Spostamento con carrozzina</p> <p> <input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente (può avanzare solo per brevi tratti) <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente </p>
<p style="text-align: center;">Trasferimento letto-sedia</p> <p> <input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (con 2 operatori o con sollevatore) <input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente (necessita dell'aiuto di un operatore) </p>	<p style="text-align: center;">Autonomia nell'igiene personale</p> <p> <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale </p>	<p style="text-align: center;">Autonomia nella vestizione</p> <p> <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente <input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente <input type="checkbox"/> Indipendente </p>

<p>Autonomia nell' utilizzo dei servizi igienici</p> <p><input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza</p> <p><input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale</p> <p>Incontinenza sfinterica:</p> <p><input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Inc. Urinaria</p> <p><input type="checkbox"/> Inc. Fecale <input type="checkbox"/> Doppia (fecale e urinaria) <input type="checkbox"/> Utilizza il catetere (data ultimo cambio_____)</p> <p><input type="checkbox"/> Utilizza pannolone</p> <p><input type="checkbox"/> Altro_____</p>	<p>Colonstomia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>tipo_____</p> <p><input type="checkbox"/> personali <input type="checkbox"/> fornitura asl</p> <p>Nefro/Urostomia : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>tipo_____</p> <p><input type="checkbox"/> personali <input type="checkbox"/> fornitura asl</p> <p>Pannoloni forniti da USL</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Altri presidi forniti da USL</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Quali:_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ausili: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Personali</p> <p>Prescritti da_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> letto <input type="checkbox"/> Cuscino antidecubito <input type="checkbox"/> deambulatore</p> <p><input type="checkbox"/> Materasso antidecubito</p> <p><input type="checkbox"/> Altro (specificare)_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--	---

Data_____

firma del richiedente/contraente _____

timbro e firma del MMG_____

<p style="text-align: center;">Positività</p> <p> <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HAV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> KLEBSIELLA <input type="checkbox"/> CLOSTRIDIUM DIFF. <input type="checkbox"/> Altro _____ _____ _____ </p>	<p>Ricoveri per patologia psichiatrica: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Note _____ _____ _____ _____</p>
<p>Allergie</p> <p> <input type="checkbox"/> Non note <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (specificare) _____ _____ _____ _____ </p>	<p>Trattamenti Sanitari Obbligatori: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Note _____ _____ _____ _____</p>
<p>Utilizzo di presidi precauzionali <input type="checkbox"/> No</p> <p> <input type="checkbox"/> Si (specificare): • fascia addominale • tavoline per carrozzina • sponde • fascia pelvica • altro _____ </p>	<p>Utilizzo di mezzi di contenzione restrittivi <input type="checkbox"/> No</p> <p> <input type="checkbox"/> Si (specificare): • corsetto • lenzuolo anticaduta • fasce di sicurezza per il letto • polsiere di contenimento • altro _____ </p>
<p style="text-align: center;">Ossigenoterapia:</p> <p>24 ore (continua)</p> <p> <input type="checkbox"/> Ossigeno liquido <input type="checkbox"/> Ossigeno gassoso </p> <p>Al bisogno (discontinua)</p> <p> <input type="checkbox"/> Ossigeno liquido <input type="checkbox"/> Ossigeno gassoso </p>	<p>Lesioni da pressione: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Sede _____ stadio <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV</p> <p>Sede _____ stadio <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV</p> <p>Sede _____ stadio <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV</p> <p>Altre lesioni cutanee :</p> <p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (sede) _____ _____ _____ </p>
<p>Tracheostomia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tipo canula _____</p> <p>Ventilazione <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> Non invasiva</p> <p>Dialisi <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Peritoneale <input type="checkbox"/> Extracorporea</p>	

Data _____ Timbro e firma del medico curante _____

Richiedente/contraente _____

**PRIVACY (REGOLAMENTO UE N. 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO -
ARTICOLO 13)**

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali dell'UE (GDPR 2016/679), La informiamo che i suoi dati personali, quelli dell'Assistito e dei suoi familiari da Lei volontariamente messi a disposizione della Società, in qualità di titolare del trattamento (in seguito "Titolare"), saranno oggetto di trattamento nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali e, comunque, dei principi di correttezza, liceità e riservatezza cui è ispirata l'attività della Società. I dati personali e le categorie particolari di dati personali forniti suoi, dei suoi familiari e dell'ospite, inclusi i dati genetici, biometrici, clinici e/o dati relativi allo stato di salute, verranno trattati, a titolo esemplificativo e non esaustivo, per le seguenti finalità:

- a) Attività di assistenza socio-sanitaria;
- b) Ulteriori attività sanitarie, diverse da quanto indicato al precedente punto, comunque connesse alla salute dell'ospite;
- c) Attività amministrative e, in generale, attività connesse alla gestione operativa dei servizi forniti (es. prenotazione, regolare compilazione della documentazione clinica, pagamento della retta e/o quota parte della retta giornaliera, rimborso delle spese sostenute etc.);
- d) Attività legate alla fornitura di altri beni o servizi all'Assistito da Lei rappresentato per la sua salvaguardia della salute (es. fornitura di ausili e protesi), anche attraverso una rete di comunicazione elettronica;
- e) Gestione del contenzioso, anche attraverso l'utilizzo di professionisti (legali, assicurativi, ecc.) dalla società incaricati.

Il Contraente, con la sottoscrizione della presente richiesta, acconsente al trattamento dei suoi dati, di quelli del Suo Assistito e dei suoi familiari per le finalità espresse nell'informativa privacy completa allegata alla presente domanda che dichiara di aver attentamente letto e di ben conoscere. Il Titolare del Trattamento è il Legale Rappresentante pro tempore della Società.

Firma del Richiedente/Contraente_____

Gentile Cliente/Contraente al momento dell'ingresso le ricordiamo di :

- ✓ consegnare alla struttura tutta la documentazione sanitaria pregressa, risalente almeno agli ultimi sei mesi (cartelle cliniche, visite specialistiche, esami ematochimici, radiografie, ecc);
- ✓ consegnare copia della carta d'identità, codice fiscale, tessera sanitaria, eventuale relazione di invalidità e codice di esenzione;
- ✓ consegnare copia della Carta identità e codice fiscale del contraente;
- ✓ consegnare codice iban dell'ospite per la restituzione della cauzione e delle somme non usufruite al momento della dimissione.

Nell'eventualità il medico curante fosse impossibilitato alla compilazione delle sezioni di propria competenza, necessitiamo a firma del medico di:

- ✓ una relazione clinico/anamnestica, che riporti lo stato di salute generale della persona, eventuali positività ed allergie ;
- ✓ un documento attestante la terapia in corso (*in caso le possiamo consegnare il modulo A.040 – Foglio terapia da riavere compilato e firmato*);
- ✓ un certificato comprovante che la persona può vivere in ambiente comunitario e che non è affetta da malattie infettive attive in corso.

Qualora la persona per la propria incolumità si avvale di presidi precauzionali e/o mezzi di contenzione restrittivi, necessitiamo di una autorizzazione da parte del medico curante in merito al loro utilizzo.

In caso la persona fosse seguita da un amministratore di sostegno/tutore, al momento dell'ingresso è necessario produrre copia del decreto di nomina.

La Direzione Struttura

Firma del Cliente/Contraente

Nel caso in cui l'ingresso non andasse a buon fine specificare il motivo
(a cura della direzione struttura)

Data_____

La Direzione Struttura
