

DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A.

SEZ. 1

DATI ANAGRAFICI

COGNOME E NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ (PROV. _____) DATA _____ M F

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ (PROV. _____) IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

TELEFONO/CELL. _____ E - MAIL _____

DOMICILIO IN _____ (_____)
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA _____ N° _____ TELEFONO/CELL. _____

EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

COGNOME E NOME TELEFONO

CITTA' VIA/PIAZZA N° CIVICO

ATTO N° DEL TRIBUNALE DI

PERSONA DI RIFERIMENTO

COGNOME E NOME DATA DI NASCITA

RESIDENTE A PROV. IN VIA/PIAZZA N.

GRADO DI PARENTELA E-MAIL

TELEFONO/CELL. ALTRI RECAPITI TELEFONICI

URGENZA DELLA DOMANDA:

- ESTREMA ORDINARIA INSERIMENTO IN LISTA
D'ATTESA A SCOPO
PREVENTIVO

MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:

- STATO DI SALUTE SOLITUDINE
 PROBLEMI FAMILIARI ALTRO (specificare):.....
.....
 CONDIZIONI ABITATIVE ALLOGGIO NON ADEGUATO
 TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA EVENTUALE SFRATTO

SEZ. 2 DATI PERSONALI

SCOLARITÀ:

- ELEMENTARI SUPERIORI ALTRO

ATTIVITÀ LAVORATIVA:

.....

IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:

- CONSENZIENTE INDIFFERENTE NON IN GRADO DI DECIDERE
 CONTRARIO NON INFORMATO

LA RICHIESTA È PER UN RICOVERO:

- TEMPORANEO DEFINITIVO

STATO CIVILE:

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

PENSIONE TIPO :

- ANZIANITA' -VECCHIAIA REVERSIBILITÀ INVALIDITÀ SOCIALE
 ALTRO (indicare il tipo) NESSUNA PENSIONE

INVALIDITÀ CIVILE:

- IN CORSO RICONOSCIUTA, AL _____ % DOMANDA NON PRESENTATA

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NON RICONOSCIUTA | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) | <input type="checkbox"/> CIECO ASSOLUTO |
| <input type="checkbox"/> IN ATTESA | | <input type="checkbox"/> CIECO CON RESIDUO VISIVO |
| <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA | | <input type="checkbox"/> INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO |
| | | <input type="checkbox"/> SORDOMUTO |

RICONOSCIMENTO L. 104 /92

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> IN CORSO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|

SEZ. 3 RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI**ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AL PROPRIO DOMICILIO | <input type="checkbox"/> PRESSO PROPRI FAMILIARI |
| <input type="checkbox"/> IN OSPEDALE (INDICARE QUALE).....
.....
REPARTO..... | <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)
.....
REPARTO |
| <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)
..... | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |

SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DI PROPRIETÀ | <input type="checkbox"/> IN AFFITTO |
|---------------------------------------|-------------------------------------|

SITUAZIONE FAMILIARE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |
| <input type="checkbox"/> NON VIVE SOLO | |
| <input type="checkbox"/> CONIUGE | |
| <input type="checkbox"/> FIGLIO/A | |
| <input type="checkbox"/> BADANTE | |
| <input type="checkbox"/> ALTRO | |

IL CONVIVENTE È:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> AUTOSUFFICIENTE | <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE | <input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENTE |
|--|---|--|

ELENCO DEI PRINCIPALI FAMILIARI O PARENTI

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, via, n°civico)	TELEFONO	CONVIVENTE?	
1					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

SERVIZI TERRITORIALI DI CUI USUFRUISCE:

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
<input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE	<input type="checkbox"/> M.M.G.
<input type="checkbox"/> PULIZIA CASA	<input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE
<input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA	<input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE
<input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____
<input type="checkbox"/> PASTO CALDO	
<input type="checkbox"/> TELESOCCORSO	
<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____	

ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

- CENTRO PSICOSOCIALE CENTRO DIURNO ANZIANI CENTRO DIURNO INTEGRATO

USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDI A DOMICILIO:

- CARROZZINA MATERASSO ANTIDECUBITO SOLLEVATORE
 ALTRO (specificare).....

La Richiesta viene inoltrata:

- DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO
 DA UN PARENTE (specificare)..... ALTRO (specificare).....

(NOME E COGNOME) _____ tel. _____

Firma dell' interessato o del richiedente _____

Data _____

Si allega :

- copia carta d'identità dell'interessato
- copia tessera sanitaria dell'interessato

INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio dell'Agenzia della Salute (ATS) della Brianza. La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai medici di famiglia di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una persona accolta in RSA o in un CDI. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

1	Assente	Nessuna compromissione di organo o sistema
2	Lieve	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente.
3	Moderato	La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario. La prognosi può essere buona.
4	Grave	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
5	Molto grave	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

- **Ipertensione:** il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;
- **Disturbi vascolari:** comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;
- **Apparato gastroenterico superiore:** comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari
- **Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo:** comprende le lesioni da decubito
- **Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE
PER L'INGRESSO IN R.S.A.

Sig./ra _____

Data di nascita _____ Tessera sanitaria _____ Data compilazione _____

Esenzione _____

Sez. 1 PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITÀ

	1	2	3	4	5	
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	Data insorgenza
Patologie cardiache Specificare: _____ _____						
Ipertensione arteriosa Specificare: _____ _____						
Patologie vascolari Specificare _____ _____						
Patologie respiratorie Specificare _____ _____						
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____ _____						
Patologie epatiche Specificare _____ _____						
Patologie renali Specificare _____ _____						
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____ _____						
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____ _____						

Patologie neurologiche centrali e periferiche (<i>escluse le demenze</i>) Specificare _____						
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sespi e stati tossici) Specificare _____						
Patologie psichiatrico-comportamentali(<i>incluse le demenze</i>) Specificare _____						

Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione	
<input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/> STATO NUTRIZIONALE SODDISFACENTE <input type="checkbox"/> OBESITÀ <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE <input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA CON AIUTO <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> DISFAGIA <input type="checkbox"/> DIETA FRULLATA O OMOGENEIZZATA <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ENTERALE: <input type="checkbox"/> SONDINO NASO - GASTRICO <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIA (PEG) / DIGIUNOSTOMIA <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE
Diabete mellito	
<input type="checkbox"/> TRATTATO CON LA SOLA DIETA <input type="checkbox"/> FARMACI ANTIDIABETICI ORALI	<input type="checkbox"/> INSULINOTERAPIA
Lesioni cutanee	
<input type="checkbox"/> LESIONI DA DECUBITO SEDE: _____ STADIO _____ <input type="checkbox"/> LESIONI VASCOLARI SEDE: _____ STADIO _____	
Coma o stato vegetativo <input type="checkbox"/>	
Sclerosi Laterale Amiotrofica <input type="checkbox"/>	
Linguaggio	Vista ed udito
<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> DISARTRIA <input type="checkbox"/> AFASIA <input type="checkbox"/> ESPRESSIVA <input type="checkbox"/> DI COMPrensIONE <input type="checkbox"/> GLOBALE	<input type="checkbox"/> VEDE E SENTE BENE <input type="checkbox"/> NON VEDE <input type="checkbox"/> NON SENTE <input type="checkbox"/> DEFICIT CORRETTO DA PROTESI E/O OCCHIALI IN USO
Igiene	Capacità di vestirsi / svestirsi
<input type="checkbox"/> SI LAVA AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTIRSI <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE
Mobilità	Cadute negli ultimi 3 mesi
<input type="checkbox"/> SI MUOVE AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> SI MUOVE CON DEAMBULATORE <input type="checkbox"/> IN CARROZZINA <input type="checkbox"/> ALLETTATO	<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> 1 – 3 VOLTE <input type="checkbox"/> PIÙ DI TRE VOLTE

Terapia riabilitativa in corso	Assistenza respiratoria
<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> POST-ACUTA <input type="checkbox"/> DI MANTENIMENTO	<input type="checkbox"/> OSSIGENO OCCASIONALMENTE <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 GASSOSO <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 LIQUIDO <input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

Minzione e Evacuazione	
<input type="checkbox"/> UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE AD INTERMITTENZA <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA <input type="checkbox"/> URETEROCUTANEOSTOMIA	<input type="checkbox"/> NEFROSTOMIA <input type="checkbox"/> STIPSI (BISOGNO DI CLISTERI EVACUATIVI) <input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA

Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore	
<input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE O PER EVENTI RECENTI <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA SEVERA O NON RAMMENTA NULLA <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NEL TEMPO <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NELLO SPAZIO <input type="checkbox"/> COMPLETA CONFUSIONE SENZA CAPACITÀ DI RELAZIONE CON L'ESTERNO <input type="checkbox"/> PROBLEMI DI LINGUAGGIO E/O DEFICIT DI COMPrensIONE <input type="checkbox"/> FACILE IRRITABILITÀ <input type="checkbox"/> CAMMINO INCESSANTE SENZA UN PRECISO SCOPO O AFFACCENDAMENTO <input type="checkbox"/> URLA O LAMENTAZIONI O VOCALISMI RIPETITIVI <input type="checkbox"/> DISTURBI DEL SONNO (EVENTUALE SPECIFICA)	<input type="checkbox"/> DISFORIA/EUFORIA E/O COMPORTAMENTI DISINIBITI <input type="checkbox"/> DELIRI E ALLUCINAZIONI <input type="checkbox"/> STATO ANSIOSO <input type="checkbox"/> TONO DELL'UMORE DEFLESSO <input type="checkbox"/> APATIA, RITIRO SOCIALE, PERDITA DI INTERESSI <input type="checkbox"/> TENTATI SUICIDI <input type="checkbox"/> ETILISMO ATTUALE <input type="checkbox"/> ETILISMO PREGRESSO <input type="checkbox"/> AGGRESSIVITÀ VERSO SÉ E/O VERSO ALTRI <input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, SONO STATI UTILIZZATI MEZZI DI PROTEZIONE/CONTENZIONE <input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, ABBANDONO DEL DOMICILIO/STRUTTURA DI RICOVERO, SENZA CAPACITÀ DI FARVI RITORNO <input type="checkbox"/> ALTRO

Terapia dialitica	
<input type="checkbox"/> DIALISI PERITONEALE	<input type="checkbox"/> DIALISI EXTRACORPOREA

<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Chemioterapia

Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Allergie a farmaci

NO

SI quali? _____

Il soggetto è esente da malattie infettive e contagiose e può vivere in comunità? SI NO

Eventuali note: _____

Timbro e firma del Medico

Telefono
