



Fondazione I.P.S. Card. Gusmini Onlus
Via San Carlo, 30 - 24029 Vertova (Bg)
"Istituto Polifunzionale Socio Sanitario Cardinal Giorgio Gusmini"
Reg. P.G. 1962 - R.E.A. 350528

Telefono 035/737.611 - Telefax 035/720.470
Cod. fisc. 81001730167 - Part. IVA 01824750168
Sito internet: www.piacasa.it

DOMANDA D'INGRESSO IN R.S.A. - NUCLEO ALZHEIMER

(conforme al modello ASL, completato con dati Sosia)

La presente domanda è utile alla sola iscrizione nella lista d'attesa, in conformità al Regolamento R.S.A. della Fondazione - L'ingresso sarà preceduto dalla stipula di apposito contratto.

Dati dell'interessato:

Cognome Nome

Sesso F M Stato civile Data di nascita

Luogo di nascita

Residenza in via n. Comune

Prov. C.A.P. Recapito telefonico

Domicilio (solo se diverso dalla residenza)

Carta Regionale dei Servizi – Codice Assistito (allegare copia)

Carta d'identità (allegare copia)

Percentuale di invalidità Indennità di accompagnamento Sì No

CHIEDE DI ESSERE INSERITO IN R.S.A. (casa di riposo)

In modo temporaneo In modo definitivo

Dati del familiare di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residenza in via n. Comune

Prov. C.A.P. Recapito telefonico

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì No

Se no, perché

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì No

Se sì, indicare dove e il periodo

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Assistenza Primaria

.....

Sono parte integrante della presente domanda:

1. la scheda sociale (All. A)
2. la scheda sanitaria (All. B)
3. eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile.

- Ai sensi del D.P.R. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.

Addì,.....

Firma dell'interessato

N.B.: per i casi in cui l'interessato non sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione (art.24 D.lgs 196/2003) si richiede al compilatore di integrare di seguito:

Cognome e nome del compilatore della domanda

Firma

Informativa ai sensi del D.lgs. 196/2003

I dati da lei forniti, anche di natura sensibile, saranno trattati, sia a livello cartaceo che informatico, al solo fine di gestire la lista d'attesa per l'ingresso come ospite nella Rsa, il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporta la mancata possibilità di inserimento in lista d'attesa. I dati potranno essere comunicati a terze parti solo per le finalità indicate in precedenza e comunque secondo quanto previsto dai limiti di legge. Il titolare del trattamento è la "Fondazione....." e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs 196/2003.

Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo quanto sopra descritto.

Cognome..... Nome.....

Firma

Area riservata alla RSA

Classe SOSIA: _____

Percentuale di invalidità: _____

Indennità di accompagnamento Sì No

Data,



Regione
Lombardia

ASL Bergamo

All. A
(domanda di ingresso in R.S.A.)

CONFERENZA DEI SINDACI
CONSIGLIO DI RAPPRESENTANZA DEI SINDACI
ASSEMBLEE DEI SINDACI DEI DISTRETTI
SOCIO SANITARI- AMBITI TERRITORIALI

SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE
(allegata alla domanda di ingresso in R.S.A.)

NOME

COGNOME.....

Scheda compilata dal sig./ra (se familiare).....

Scheda compilata dall'assistente sociale del territorio

Titolo di studio dell'interessato

Attività lavorativa pregressa

Hobby

INIZIATIVA DELLA DOMANDA

- utente stesso
 familiari
 medico di assistenza primaria
 assistente sociale

USUFUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- ADI
 SAD
 Assistente familiare
 Altro

INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI

attualmente la persona vive:

- solo
 in altra struttura
 altro

L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI

- Tutore
 Curatore
 Amministratore di Sostegno
 Ha in corso la pratica per la nomina di

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	ETA'	RESIDENZA

PARENTI REFERENTI

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.

ALTRI FAMILIARI

.....
.....
.....

CONDIZIONI PENSIONISTICHE

Tipo di pensione/i:
Tipo di invalidità:
% di invalidità civile:
Indennità di accompagnamento: Sì No
Esenzione ticket sanitario per:
Pratiche in corso per:

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

- zona isolata (abitazione sita in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)
- zona decentrata (abitazione sita in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

ADEGUATEZZA ABITAZIONE

BARRIERE ARCHITETTONICHE:

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

BAGNO:

- interno
- esterno
- supporti antiscivolo: Sì No

RISCALDAMENTO:

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

MOTIVO DEL RICOVERO

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri?

- Sì
- No

**Il sottoscritto.....in qualità di.....dichiara che
il/la sig.r/ra non è nelle condizioni
psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.**

Data,

FIRMA



A.C.R.B.
Associazione Case di Riposo
della Provincia di Bergamo.



"Fondazione I.P.S. Card. Gusmini - O.N.L.U.S."
Vertova (Bg)

SCHEDA MEDICA
(da compilarsi a cura del Medico Curante)

Sig/ra _____

nat ____ a _____ il _____

residente a _____ Prov. _____ CAP _____

via _____ n° _____ tel. _____

Peso corporeo = Kg _____ Altezza = cm _____

- Attualmente la persona vive:
- in casa propria da sola
 - in casa propria assistita da _____
 - in casa di un familiare
 - ricoverata presso l'ospedale di _____
 - presso la Casa di Riposo di _____

MOTIVO DEL RICOVERO

Disturbi comportamentali in atto _____
(insonnia, aggressività, vagabondaggio, deliri, allucinazione, depressione)

Malattie somatiche del paziente _____
(tipo e gravità della malattia)

Altre motivazioni _____
(malattia del familiare, etc.)

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (soprattutto in riferimento a ricoveri ospedalieri)

E' stato/a mai ricoverato/a in reparti psichiatrici?

NO SI dal _____ al _____

per _____

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto grave	DIAGNOSI
Cardiaca (solo cuore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Iperensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epatiche (solo fegato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Renali (solo rene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre patologie genito – urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sistema muscolo-scheletrico, cute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SNC e SNP (esclusa la demenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psichiatrico – comportamentali (demenza depressione, ansia, , psicosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

BARTHEL INDEX (per valutazione Basic Activity of Daily Living)

	Dipendente	Con aiuto	Indipendente
Alimentazione	0	5	10
Abbigliamento	0	5	10
Toilette personale	0	0	5
Fare il bagno	0	0	5
Controllo defecazione	0	5	10
Controllo minzione	0	5	10
Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare	0	10	15
Montare e scendere dal WC	0	5	10
Camminare in piano	0	10	15
Salire o scendere le scale	0	5	10
Punteggio totale _____			

Piaghe da decubito (specificare la sede)

- Assenti
 Iniziali _____
 Gravi _____
 Multiple _____

Abusa di sostanze alcoliche?

- No, mai Sì, in passato Sì, attualmente

Il paziente necessita di trattamento riabilitativo?

- No Sì (specificare) _____

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in comunità?

- No Sì

FUNZIONI INTELLETTIVE**Orientamento spaziale**

- Normale orientato solo in casa disorientamento totale

Orientamento temporale

- Normale definisce solo mese e anno disorientamento totale

Orientamento personale

- Normale ricorda il proprio nome e cognome ricorda il proprio nome solo se aiutato

Memoria recente

- Normale deficit moderato deficit severo

Memoria remota

- Normale deficit moderato deficit severo

LINGUAGGIO

- Normale menomato, ma esprime comunque il suo pensiero
 Non esprime il suo pensiero, ma comprende non esprime né comprende

DISTURBI COMPORTAMENTALI

- Assenti
- Disturbi dell'umore (note ansioso/depressive, ipocondria, melanconia)
- Disturbi della cognitivita (non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessita)
- Labilita emotiva e irritabilita
- Atteggiamento aggressivo o violento verso se o gli altri
- Alterazioni del ritmo sonno-veglia
- Vagabondaggio, tentativi di fuga
- Deliri, allucinazioni

DEFICIT SENSORIALI (udito e vista)

- Assenti
- Grave deficit non correggibile
- Deficit correggibile con protesi o occhiali
- Sordita o cecita completa

MOBILITA'

E' in grado di fare le scale

- Autonomamente
- Con aiuto
- Non e in grado

Cammina

- Autonomamente
- Oppure e
- Con aiuto umano o ausilio (girello, bastone, tripode)
- In carrozzina
- Allettato

Esegue trasferimenti dal letto alla sedia e viceversa

- Autonomamente
- Con modico aiuto
- Completamente indipendente
- Cade frequentemente
- Si
- No

ALIMENTAZIONE

Come si alimenta

- Senza aiuto (compreso tagliare i cibi e versare l'acqua)
- Con modico aiuto
- Deve essere imboccato

Peso corporeoKg. Vi e stato diminuzione o aumento negli ultimi 6 mesi?

- Si
- No Se si, di che entita?

ABBIGLIAMENTO

- Totalmente autonomo (compreso allacciare scarpe, abbottonarsi, mettere le calze)
- modico aiuto
- Totalmente dipendente

IGIENE PERSONALE

- Completa autonomia nel lavarsi (la faccia, le mani, pettinarsi, sbarbarsi ...)
- Richiede modico aiuto
- Completamente dipendente

USO DEL WC

- Completa autonomia
- Richiede modico aiuto
- Completamente dipendente

BAGNO

- E' indipendente in tutte le fasi (preparazione dell'acqua, entrare e uscire dalla vasca...)
- Richiede aiuto e sorveglianza
- Dipendente

CONTROLLO MINZIONE

- Continente
 Incontinenza occasionale o solo notturna
 Incontinenza urinaria completa

CONTROLLO DEFECAZIONE

- Continente
 Incontinenza saltuaria
 Incontinenza completa

MEDICAZIONI CHIRURGICHE

- Non necessarie
 Per catetere e permanenza
 Per piaghe da decubito
 Per distrofie cutanee
 Per tracheostomia
 Per SNG
 PEG

Il paziente ha coscienza del suo stato di salute? Sì No

E' consapevole del grado di compromissione delle proprie attività quotidiane?

Sì No

PARERE CONCLUSIVO CIRCA IL GRADO DI AUTOSUFFICIENZA

Autosufficiente Parzialmente autosufficiente Non autosufficiente

DIAGNOSI _____

(demenza di qualsiasi tipo)

EFFETTUATA DA _____

(specificare ospedale, u.v.a., specialista in neurologia, altro)

TERAPIA IN ATTO

	Farmaco	Dose	Orario
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

ESAMI CLINICI RICHIESTI

N.B. Gli esami devono essere o su carta intestata del laboratorio che li ha effettuati o su carta non intestata con timbro e firma leggibile di un medico

- Azotemia
- Glicemia
- Transaminasi
- Es. urine completo
- Markers epatite B e C
- T.P.H.A.
- TSH – T3 – T4
- Emocromo
- Folati
- VIT. B 12
- Reaz. di Mantoux
- ECG
- RX torace (solo in caso di Mantoux positiva o dubbia)
- Referto TAC Encefalo (anche senza mezzo di contrasto)
- Esame neurologico e relazione il più possibile dettagliata, dall'esordio della malattia alla situazione attuale

LA DOMANDA NON SARA' PRESA IN CONSIDERAZIONE SE INCOMPLETA

Data

Timbro e firma del Medico Curante
