

**AMBITO TERRITORIALE VALLE SERIANA
AREA ANZIANI / CUP**

MODULO DI RICHIESTA PER L'ACCESSO IN R.S.A./ NON RESIDENTI

Il/la sottoscritto/a nat_ a prov. il/...../.....
 residente a Prov. c.a.pin Via N°
 tel. Stato civile

Tessera sanitaria Codice fiscale

Tipo di pensione Invalidità civile % Legge 104/92 si no

Indennità di accompagnamento si no pratica in corso

Grado d'istruzione professione svolta

Attuale collocazione: a casa propria in ospedale altra struttura
 presso un familiare residente a Via n. Tel.

Richiede:

Ricovero in Casa di Riposo (R.S.A.) (specificare l'ordine di preferenza) di:

<input type="checkbox"/> Albino	<input type="checkbox"/> Cene	<input type="checkbox"/> Leffe
<input type="checkbox"/> Alzano L.do	<input type="checkbox"/> Gandino	<input type="checkbox"/> Nembro
<input type="checkbox"/> Casnigo	<input type="checkbox"/> Gazzaniga	<input type="checkbox"/> Vertova

Familiare o persona di riferimento:

Cognome e nome	grado di parentela
nato/a il/...../.....	residente a prov.
in Via n° c.a.p.	telefono

Cognome e nome	grado di parentela
nato/a il/...../.....	residente a prov.
in Via n° c.a.p.	telefono

Ai sensi del decreto legislativo n:196/03 "Codice della privacy" si autorizza il trattamento dei dati personali.

Luogo e data

FIRMA
(dell'interessato)

Per i richiedenti impossibilitati alla firma

La su estesa dichiarazione è stata resa dal Sig./Sig.ra _____, impossibilitato alla sottoscrizione (D.P.R. n.445 del 28/12/2000, art.4), in presenza del funzionario incaricato previo accertamento dell'identità mediante conoscenza diretta o esibizione del documento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____

Data _____

Il funzionario incaricato
(qualifica e firma leggibili)

**AMBITO TERRITORIALE VALLE SERIANA
AREA ANZIANI
RICOVERI IN R.S.A.**

SCHEDA SANITARIA

(A cura del Medico di Medicina Generale)

Sig./raluogo e data di nascita

Residente ViaN. Tessera Sanitaria.....

Peso Altezza

ANAMNESI.....
.....
.....
.....

RICOVERI OSPEDALIERI
.....
.....
.....

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE
.....
.....
.....

COMPENSO CARDIO-CIRCOLATORIO E CIRCOLATORIO

Soddisfacente In equilibrio farmacologico Scompensato

ASPETTI SENSORIALI

Vista: Buona Media Bassa Porta occhiali : da vista per lettura

Udito: Buono Medio Basso Porta apparecchio acustico

Comunicazione: parla normalmente si esprime con difficoltà

comprende normalmente comprende con difficoltà non comunica intenzionalmente

CONDIZIONI PSICHICHE

- Lucide
- Persistente disorientamento
- Inversione del ritmo sonno veglia
- Fasi di confusione e disorientamento
- Fasi di agitazione psicomotoria
- Altro

REATTIVITA' EMOTIVA

- Collaborante
- Stato ansioso
- Estraniato/a dal mondo circostante
- Agitazione con spunti aggressivi
- Depressione
-

ALIMENTAZIONE

- Autonoma
- Alimentazione artificiale (PEG)
- Con necessità di piccolo aiuto
- altro.....
- Necessità di imboccamento

STATO METABOLICO NUTRIZIONALE

- Soddisfacente
- In equilibrio farmacologico
- Carente apporto nutrizionale
- Scompensato

NECESSITA' DI DIETE PARTICOLARI

.....

.....

ALLERGIE NOTE E/O INTOLLERANZA VERSO I SEGUENTI PRODOTTI

.....

.....

INCONTINENZA

- Urinaria** Assente Occasionale Abituale Catetere
- Fecale** Assente Occasionale Abituale

DEAMBULAZIONE

- Cammina da solo/a
- Allettato
- Cammina con l'aiuto di.....
- Altro
- Si sposta in carrozzella

PIAGHE DA DECUBITO

- Assenti Iniziali Gravi Multiple Altro
- Localizzazione

E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE IN ATTO E PUO' VIVERE IN COMUNITA'?

SI NO (specificare).....

INTOLLERANZA AI SEGUENTI FARMACI

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

TERAPIA IN ATTO

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

PROPOSTA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO (Valenza sanitaria dell'inserimento con riferimento all'autonomia reale o potenzialmente recuperabile del soggetto)

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

Eventuali indicazioni del Medico curante in ordine alla struttura del ricovero

.....
.....

NOTE AGGIUNTIVE

.....
.....

Data

Timbro e firma del medico

.....

.....

Allegare alla presente scheda sanitaria:

- scheda CIRS e scheda PSMS (da compilare a cura del MMG);
- gli ultimi esami ematochimici e indagini strumentali oltre a eventuali documentazioni cliniche relative alla patologia di cui l'anziano è affetto.

L'Ente si riserva la facoltà di dimettere l'ospite qualora i certificati medici prodotti a corredo della domanda o la scheda sanitaria abbiano taciuto l'esistenza di rilevanti malattie o infezioni dello stesso.