

**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.p .....in 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./ra .....luogo e data di nascita .....

Residente ..... Via .....N. 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.