



DOMANDA DI INSERIMENTO IN R.S.A.

Dati dell'Ospite

Protocollo _____

Data _____

Cognome e Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Codice Assistito _____

Richiesta presentata da (SE DIVERSO DALL'OSPITE) :

Cognome e Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Telefono _____ Cellulare _____

e-mail _____

In qualità di:

- Soggetto direttamente interessato Familiare Volontario
 Amministratore di sostegno /tutore/curatore

Elenco dei documenti da produrre in copia allegati alla presente istanza

1. documento di identità in corso di validità
2. codice fiscale
4. tessera sanitaria.



FONDAZIONE CASA DI RIPOSO
“CITTÀ DI ABBIATEGRASSO” - ONLUS
RESIDENZA SANITARIO ASSISTENZIALE – CENTRO DIURNO INTEGRATO – SERVIZI TERRITORIALI

Dichiarazione da compilarsi a cura di chi presenta la domanda

Il sottoscritto _____, che in data odierna presenta domanda di inserimento in R.S.A. per

D I C H I A R A

- che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato/a e che, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta.
- che ha preso atto che le modalità di accesso all' R.S.A. sono stabilite dal regolamento interno.
- che, in caso di pagamento a carico privato, un familiare o tutore/amministratore di sostegno dovrà firmare (prima dell'ingresso dell'anziano in casa di riposo) l'impegnativa di pagamento della retta ai sensi dell'articolo 1936 del Codice Civile presso gli uffici amministrativi e depositare una cauzione pari ad un mese di retta.
- di essere a conoscenza dell'obbligo di versare mensilmente in via anticipata l'importo della retta in vigore.
- di impegnarsi a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, ecc)
- di essere a conoscenza che il valore della retta è indicato nella carta dei servizi di cui ha preso visione

Dichiara di aver preso conoscenza e di accettare le procedure, le finalità e le condizioni che regolano le modalità di trattamento dei dati personali e sensibili*

Firma del dichiarante data __/__/____/

(*) Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'art. 10 L. 675/96 si informa che i dati forniti nella presente modulistica, compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute, sono strettamente connessi alla gestione della domanda di ammissione presso l' RSA . Tali dati potranno essere oggetto di trattamento manuale e/o informatico che sarà effettuato esclusivamente da personale autorizzato dalla Fondazione nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di tutela dei dati personali. Le precisiamo che il mancato consenso al trattamento di tali dati rende impossibile la gestione della presente domanda di ammissione. Ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy, Lei potrà in qualsiasi momento richiedere alla Fondazione indicazioni in merito al trattamento dei Suoi dati personali e/o sensibili nonché esercitare i diritti ivi previsti.

Letto e compreso quanto precede si presta consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili per la gestione della domanda di ammissione:

SI [] NO []

Firma del dichiarante data __/__/____/



FONDAZIONE CASA DI RIPOSO
“CITTÀ DI ABBIATEGRASSO” - ONLUS

RESIDENZA SANITARIO ASSISTENZIALE – CENTRO DIURNO INTEGRATO – SERVIZI TERRITORIALI

DOMANDA DI INSERIMENTO IN RSA
INFORMAZIONI SOCIALI

Cognome e nome dell'anziano _____ Stato Civile _____
Professione precedente alla pensione _____ Titolo di studio _____
Numero figli _____ Numero figlie _____

Motivo per cui si richiede ingresso in R.S.A. (barrare anche più risposte)

- Persona non autonoma
 Vive sola
 Problematiche sanitarie
 Altro (specificare)

L'anziano attualmente vive solo?

- SI
 NO, convive con _____

Proviene da:

- Domicilio
 Ospedale (specificare) _____
 Istituto di riabilitazione (specificare) _____
 RSA (specificare) _____
 Altro (specificare) _____

La persona interessata attualmente usufruisce delle seguenti prestazioni:

- CDI _____
 ADI _____
 Servizi sociali del Comune _____
 RSA aperta _____
 Assistenza domiciliare privata _____
 Contributi economici comunali, regionali, ecc. _____

Dati relativi alla situazione pensionistica dell'interessato:

- Nessuna pensione
 Anzianità/Vecchiaia
 Sociale
 Tipologia Speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.)
 Reversibilità
 Indennità di accompagnamento

Altre notizie utili al ricovero

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

Gli interessati al ricovero sono tenuti a presentare la documentazione socio-economica eventualmente richiesta dal servizio sociale della Fondazione



FIRMA _____

DOMANDA DI INSERIMENTO IN RSA
INFORMAZIONI SANITARIE
Compilazione a cura del medico curante

Cognome e nome dell'anziano _____

Notizie clinico/anamnestiche e stato di salute generale :

Precedenti ricoveri ospedalieri (se possibile indicare mese/anno e diagnosi alle dimissioni) :

Terapie in atto (specificare farmaci assunti e loro posologia) :

Allergie note :

Stazione eretta : adeguata con appoggio impossibile

Deambulazione : normale con appoggio impossibile

Attività fisica : normale modesta scarsa/assente

Presidi ed Ausili in uso:

- Bastone/Canadese (se fornito da ASL)
- Deambulatore (se fornito da ASL)
- Carrozzina (se fornito da ASL)
- Materassino antidecubito (se fornito da ASL)
- Letto Ortopedico (se fornito da ASL)
- Presidi per incontinenza (se fornito da ASL)
- Altro (specificare)



Stato mentale e comportamentale

(segnalare presenza di ansia, depressione, alcoolismo, manifestazioni psicotiche, tentativi di suicidio, demenza, agitazione psicomotoria, difficoltà di comunicazione, ecc. pregressa o in atto)

Stato di coscienza

- Vigile Soporoso Coma
 Orientato T/S Parzialmente orientato S/T Disorientato S/T

Disturbi del comportamento

- Deliri Allucinazioni Agitazione Aggressività verbale
 Aggressività fisica Apatia Depressione Ansia
 Irritabilità Cammino afinalistico (wandering) Comportamento motorio ripetitivo
 Disturbi dell'alimentazione Disturbi del sonno

Incontinenza sfinterica:

- Assente
 Solo urinaria
 Solo fecale
 Doppia incontinenza

Gestione incontinenza:

- Presidi assorbenti
 Catetere vescicale a permanenza
 Nefro/urostomia
 Ano artificiale

Alimentazione

- Normale per os
 Disfagia
 Dieta a consistenza modificata (frullata, addensata,...)
 Sondino naso-gastrico
 PEG
 Nutrizione parenterale

Ausili per la gestione delle insufficienze funzionali in uso

- Ossigenoterapia (continua a cicli _____)
 Tracheostomia (tipo di cannula _____)
 Ventilatore (continuo a cicli _____)
 Dialisi (peritoneale extracorporea)

Organi sensoriali

- Vista : normale con lenti cecità
Udito : integro ipoacusia corretto con protesi sordità

Lesioni cutanee da pressione

Sede _____
Stadio _____



FONDAZIONE CASA DI RIPOSO
“CITTÀ DI ABBIATEGRASSO” - ONLUS
RESIDENZA SANITARIO ASSISTENZIALE – CENTRO DIURNO INTEGRATO – SERVIZI TERRITORIALI

Linguaggio

- Normale
- Afasico
- Disartrico

Altri problemi clinici (segnalare eventuali altre notizie cliniche significative):

Il paziente è esente da malattie contagiose tali da controindicare la vita in comunità.

Data

Timbro e firma del medico
