

Riservato alla struttura _____

ID utente _____

Data accettazione: _____

Domanda unica di inserimento in RSA

(La dichiarazione di residenza ha valore di autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 443 del 28.12. 2000)

Generalità dell'Interessato/a (soggetto per cui si chiede il ricovero):

Nome **Cognome**

M F Stato Civile..... ASL Residenza.....

Nato/a a..... il

Codice Fiscale Comune di residenza.....

Via/Piazza.....tel.....

Tipologia ricovero: ordinario temporaneo per dimissioni da H di sollievo **Urgente:** sì no

Al momento della domanda la persona interessata si trova: a Domicilio

(Usufruisce di: Assistenza domiciliare sanitaria (ADI) Assistenza domiciliare sociale

E' allettata: SI NO Ha difficoltà a camminare: SI NO Ha disturbi cognitivi: SI NO)

in RSA..... in IDR..... in Struttura privata.....

in Ospedalereparto:telefono.....

Medico Medicina Generale Dott./ssa.....telefono.....

Persona di riferimento: nome.....cognome.....

Residente a.....via.....

telefono.....cell..... grado di parentela.....

Indirizzo e - mail:.....

Titolo di rappresentanza legale (nel caso di persone con deficit delle funzioni cognitive):

Amministratore di sostegno Tutore Curatore

Seconda persona di riferimento: Nome.....**Cognome**.....

Grado di parentela..... tel.....cell.....

Indirizzo e - mail:.....

Situazione economica del soggetto di cui si chiede il ricovero in RSA (Pensione):

INPS cat. VO vecchiaia n.

INPS cat. IO invalidità n.

INPS cat. SO reversibilità n.

INPS cat. PS sociale n.

Stato (INPDAP, Ministero Tesoro, ecc.) n.

Invalidità civile n.

- Indennità accompagnamento n.
- Altro

Accertamento invalidità civile (barrare la casella che interessa)

- In corso Accertata di grado% Domanda non presentata Ric. L 104: Si No

Il richiedente:

Data.....Firma.....

Per il richiedente: nome.....cognome.....

Grado di parentela.....Firma.....

Per il richiedente: nome.....cognome.....

Grado di parentela.....Firma.....

Consenso informato al trattamento dei dati (L. 196/2003)

La legge n° 196/30 giugno 2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 della Legge predetta, Le comunichiamo che i dati saranno trattati al solo scopo di valutare le sue condizioni attuali in funzione dell'ammissione in questa RSA o in altre RSA provinciali a cui dovesse fare domanda di ammissione e hanno natura obbligatoria. Gli stessi dati potranno essere forniti alla Regione Lombardia o alla ASL di Como Via Pessina 6 – Direzione Sociale per gli obblighi di legge. Per far valere i suoi diritti così come previsto dall' Art. 7 - 8 - 9 della Legge n° 196/2003 potrà rivolgersi alla Regione, alla ASL di Como o alle R.S.A. da Lei prescelte.

Il sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'Art. 13 della Legge 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali da parte delle RSA accreditate nell'ambito territoriale della Asl della provincia di Como, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'Art. 23 della Legge citata, vale a dire i dati "Idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale".

Ribadisco esplicitamente tutti gli impegni e i consensi espressi in ogni parte di questo modulo.

Il richiedente: data.....firma.....

Per il richiedente: nomecognome

Grado di parentela.....Firma.....

Per il richiedente: nomecognome

Grado di parentela.....Firma.....

Documenti da allegare alla domanda:

- **Copia Tessera sanitaria**
- **Consenso al trattamento dei dati da parte della RSA per valutazione ingresso anche da parte di altre strutture**

Questo modulo è di per sé sufficiente alla iscrizione del richiedente alla lista d'attesa della RSA a cui si formula la domanda di ricovero.

Riservato alla struttura _____

ID utente _____

Data accettazione: _____

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

Relazione sanitaria del medico curante

(a cura del medico curante, o del reparto ospedaliero o di altra struttura in cui si trova l'interessato)

INDICI FUNZIONALI				
	Autonomo	Con supervisione	Con aiuto	Totale dipendenza
Trasferimenti letto /sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomozione su sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICI COGNITIVI					
Demenza certificata da UVA ospedaliera <input type="checkbox"/> Si data: <input type="checkbox"/> No	Assente	Lieve	Moderata	Grave	
Confusione/orientamento spazio temporale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vagabondaggio afinalistico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allucinazioni (visive e/o uditive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aggressività (verbale e/o fisica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inversione ritmo sonno/veglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROFILI di GRAVITA'		
Lesioni cutanee <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
da pressione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sede	
vascolari <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sede	
Ausili per il movimento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Bastone / deambulatore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> ASL	
Carrozzina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> ASL	
Gestione incontinenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pannolone / catetere esterno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ano artificiale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Stomia	<input type="checkbox"/> SI specificare.....	<input type="checkbox"/> NO
Alimentazione artificiale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S.N.G. (sondino naso gastrico)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P.E.G.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ossigeno al bisogno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ossigeno costante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi extracorporea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Allergie Farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Allergie Alimenti	<input type="checkbox"/> SI.....	<input type="checkbox"/> NO
Patologie infettive / contagiose in atto	<input type="checkbox"/> SI.....	<input type="checkbox"/> NO

C I R S

Il CIRS è uno strumento standardizzato per ottenere una misura della salute somatica dell'anziano. La versione proposta è quella suggerita dalla Regione Lombardia.

Lo strumento richiede che il Medico definisca la severità clinico – funzionale di 14 categorie di patologie: il Medico, sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e della sintomatologia presentata definisce il livello di gravità per ognuna delle categorie:

CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)

- Assente** (1) Nessuna compromissione di organo o sistema.
- Lieve** (2) La compromissione di organo, sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto o no, la prognosi è ottima (esempi possono essere abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).
- Moderata** (3) La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (esempi possono essere colelitiasi, diabete, fratture).
- Grave** (4) La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (esempi possono essere carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco).
- Molto grave** (5) La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (esempi possono essere infarto del miocardio, stroke, sanguinamento gastrointestinale, embolia).

Si ottengono due indici:

- l'indice di severità, che risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria patologie psichiatrico/comportamentali);
- l'indice di comorbidità, che rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore od uguale a 3 (escludendo la categoria patologie psichiatrico/comportamentali)

Quanto sopra è il modo indicato e corretto per il calcolo dell'indice di severità, tuttavia si dimostra poco sensibile nel differenziare diversi quadri clinici. In alternativa si può fare la media dei punteggi degli item delle patologie con punteggio superiore a 3, togliendo così l'effetto "pavimento" che determina nel calcolo la considerazione dei punteggi 1, cioè di assenza di patologia. Indicare sempre quale delle due procedure di conteggio si è seguita.

Altro punto critico è la non considerazione dell'item 14, vista l'incidenza delle patologie dovute a demenza, nella popolazione degli "anziani fragili" (popolazione che ricopre il maggior numero di ricoveri di sollievo). In ogni caso questo item NON va conteggiato.

INDICE DI COMORBIDITA' (CIRS)

Patologia	assente	lieve	moderato	grave	molto grave
Patologia cardiaca (solo cuore)					
Iperensione (solo la severità, non gli organi coinvolti)					
Patologia vascolare (sangue / vasi / midollo / milza / sist. linfatico)					
Patologia respiratoria (polmoni / bronchi / trachea sotto la laringe)					
O.O.N.G.L. (occhio / orecchi / naso / gola / laringe)					
Apparato gastroenterico superiore (esofago / stomaco / duodeno / albero biliare / pancreas)					

Apparato gastroenterico inferiore (intestino/ernie)					
Patologia epatica (solo fegato)					
Patologia renale (solo rene)					
Patologie genito-urinarie (uretere/vescica/uretra/prostata/genitali)					
Patologia muscolo / scheletrico / cute (muscoli / scheletro / tegumenti)					
Patologia sistema nervoso (s.n.c. / periferico / non include demenza)					
Patologia endocrino/metabolica (diabete / patol. tiroide ecc.)					
Patologia psichiatriche/comportamentali (demenza /depressione /ansia /agitazione / psicosi)					

INDICE DI SEVERITA' INDICE DI COMORBIDITA'
 (media dei punteggi prime 13 categorie) (n° di categorie, solo le prime 13, con punteggio >/=3)

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA e PROSSIMA

.....

.....

.....

.....

.....

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO (indicare farmaco e posologia)

.....

.....

.....

.....

NOTE:.....

.....

.....

Nome e cognome del medico

Tel...... **e - mail**

.....
 timbro e firma del medico

.....
 data di compilazione
 (La presente certificazione ha validità annuale)

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO CITTA' DI OLGiate COMASCO

Viale Michelangelo, 6 - 22077 Olgiate Comasco (CO)

Tel. 031.945555 Fax 031.9841060

C.F./P.I. 03064800133

mail: amministrazione@rsaolgiatecomasco.it fondazione.casadiriposo.olgiate@pec.it

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA "CASA DI RIPOSO PER ANZIANI"

Precisazioni

Per presentare domanda di ammissione a questa "Casa di riposo per anziani" si segnala che è opportuno, oltre a presentare debitamente compilati:

- la **domanda unica di inserimento in RSA**

- la **relazione sanitaria del medico curante**

predisposte dalla ASL di Como e valide per tutte le RSA accreditate della Provincia di Como,

anche prendere visione di quanto di seguito precisato e rispondere ai quesiti sotto riportati:

Persona di riferimento

- **La persona alla quale fare riferimento è il parente stretto che sottoscriverà il contratto di ingresso e che, tra l'altro, si impegnerà in solido al pagamento della retta di degenza.**

E' quindi necessario che provveda a precisare, oltre al proprio cognome e nome e dati di residenza, anche la propria data di nascita _____ ed il luogo di nascita _____ e, nel caso la pensione della persona da ricoverare sia inferiore alla retta mensile e non possa farvi fronte con i propri risparmi, apposita dichiarazione di impegno riportata in ultima pagina.

Persona da ammettere (dati integrativi)

Professione svolta quando era in età lavorativa: _____.

Titolo di studio: _____

Come si chiamava il padre _____ e la madre _____

Quanti figli ha: _____ dei quali quanti maschi: _____ quante femmine. _____

Nominativo del medico curante _____

Posizione nella professione (barrare la casella interessata):

(9) se attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - pensionato (che ha lavorato)

(10) se attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - invalido, inabile (anche se pensionato)

(14) se non ha mai svolto lavoro retribuito - casalinga (che non ha mai svolto lavoro retribuito anche se con pensione)

(16) se non ha mai svolto lavoro retribuito - invalido, inabile (che non ha mai svolto lavoro retribuito)

(17) se non ha mai svolto lavoro retribuito (altro)

Ammontare mensile della pensione o delle pensioni percepite:

tipo di pensione _____	relativo	ammontare
mensile _____		
tipo di pensione _____	relativo	ammontare
mensile _____		
tipo di pensione _____	relativo	ammontare
mensile _____		

- La persona da ammettere ha altri parenti stretti? Se sì, vanno indicati con le seguenti modalità:

1 _____ -Cognome residente
Nome _____
in _____ (CAP _____) via _____ n _____
numero di telefono fisso e cellulare _____ grado di parentela
con la persona da ammettere _____

2 _____ -Cognome residente
Nome _____
in _____ (CAP _____) via _____ n _____
numero di telefono fisso e cellulare _____ grado di parentela
con la persona da ammettere _____

3 _____ -Cognome residente
Nome _____
in _____ (CAP _____) via _____ n _____
numero di telefono fisso e cellulare _____ grado di parentela
con la persona da ammettere _____

- La persona da ammettere:

vive solo _____
vive con altro/familiari/convivente _____
vive solo con badante _____
vive con altro/familiari/convivente e badante _____
vive con altre persone non parenti e non partner _____

- La persona da ammettere si trova, al momento della presentazione della domanda:

a domicilio senza alcuna assistenza _____
a domicilio con assistenza domiciliare SAD _____
a domicilio con assistenza domiciliare integrata ADI/voucher _____
a domicilio con frequenza struttura sociale diurna _____
a domicilio con frequenza struttura socio sanitaria diurna _____
ricoverato in struttura sanitaria per acuti (ospedale) _____
ricoverato in struttura per cure intermedie _____
ricoverato in struttura di riabilitazione territoriale _____
ospite in altra RSA su posti letto non contrattualizzati _____
ospite in altra RSA su posti letto a contratto _____
ospite in struttura sociale _____
ospite in altra tipologia di struttura socio sanitaria _____

Da allegare alla domanda (oltre a quanto previsto a pag. 2 della domanda stessa):

1 - copia leggibile del verbale della Commissione Medica dell'ASL per l'accertamento degli stati di invalidità civile (se la persona è invalida o usufruisce di assegno di accompagnamento)

2 - copia della lettera di consegna della carrozzina o del deambulatore (nel caso la persona usufruisca di uno di detti ausili) nella quale risulti il numero di codice assegnato dalla ASL all'ausilio

3 - Fotocopia della carta di identità della persona da ammettere

Si informa inoltre:

- Tutti i nuovi ospiti della “Casa di riposo per anziani” verranno sottoposti, all'ammissione, ad un trattamento profilattico anti scabbia.

- La “Casa di riposo per anziani” non ha un reparto autorizzato per ospitare anziani affetti da morbo di Alzheimer. L'ammissione di ogni nuovo ospite è subordinata a visita da parte del personale medico della Casa volta ad accertare le condizioni del medesimo.

Firma di chi inoltra la domanda
