

DOMANDA DI INGRESSO IN R.S.A.

Dati dell'interessato:

Cognome Nome

Sesso F M Stato civile Data di nascita

Luogo di nascita

Residenza in vian. 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 vian. 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

<p>Area riservata alla RSA</p> <p>Classe SOSIA: _____</p> <p>Percentuale di invalidità: _____</p> <p>Indennità di accompagnamento Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Data,</p>
--

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



SCHEDA SANITARIA

(compilazione a cura del medico di famiglia o di reparto ospedaliero)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO: _____

ANAMNESI:

TIPO DI INVALIDITA'

PERCENTUALE di INVALIDITA': %

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO: SI NO

Trasferimento letto sedia

Codice	Significato
1	Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
2	Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
3	Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona
4	Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
5	Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

Deambulazione

Codice	Significato
1	Dipendenza rispetto alla locomozione
2	Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
3	Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
4	Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
5	Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorre 50 metri senza aiuto o supervisione.

Locomozione su sedia a rotelle

Codice	Significato
1	Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
2	Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
3	Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
4	Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
5	Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

Igiene personale

Codice	Significato
1	Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
2	E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
3	E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
4	E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire
5	Totale indipendenza

Alimentazione

Codice	Significato
1	Paziente totalmente dipendente, va imboccato.
2	Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
3	Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati,
4	Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
5	Totale indipendenza nel mangiare.

Confusione (stato mentale)

Codice	Significato
1	Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
2	E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
3	Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
4	E' perfettamente lucido

Irritabilità

Codice	Significato
1	Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
2	Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
3	Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
4	Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

Irrequietezza (stato Comportamentale)

Codice	Significato
1	Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
2	Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
3	Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.
4	Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE ED ESAME OBIETTIVO

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto grave	DIAGNOSI
Patologia cardiaca (solo cuore)						
Ipertensione arteriosa (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)						
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)						
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)						
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)						
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)						
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino. ernie)						
Patologie epatiche (solo fegato)						
Patologie renali (solo rene)						
"Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)"						
"Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)"						
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)						
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)						
Patologie psichiatrico-comportamentali demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi						

Ricoveri ospedalieri recenti:

SI

NO

Terapia in atto:

Reattività emotiva:

- Collaborante
- E' estraniato dal mondo circostante
- Depressione
- Stato ansioso
- Agitazione con spunti aggressivi

Incontinenza

URINARIA

- a) assente
- b) occasionale
- c) abituale
- d) catetere a permanenza

FECALE

- a) assente
- b) occasionale
- c) abituale

Lesioni da decubito:

(specificare la sede)

assenti
iniziali
gravi
multiple

Peso kg: _____

Nutrizione artificiale:

PEG SNG NPT

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

SI NO

Abusa di sostanze alcoliche?

NO, MAI SI, IN PASSATO SI, ATTUALMENTE

Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?

SI NO

Richiede trattamento riabilitativo?

SI

NO

specificare:

data _____

timbro e firma del Medico di famiglia
o di reparto



R.S.A. CASA MONS. SPERANZA
ZOGNO

**PARROCCHIA SAN LORENZO MARTIRE
IN ZOGNO
OPERA PIA CARITAS - ONLUS**



R.S.A. CASA SANTA MARIA
LAXOLO - BREMBILLA

DOMANDA DI RICOVERO PER:

Casa Mons. Speranza

Casa Santa Maria

..... sottoscritt.....

figli..... di e di

nat..... a (.....) il

domiciliat..... a, di professione

stato civile

(celibe, nubile, coniugato/a, vedovo/a, separato/a...)

Se coniugat..... : indicare cognome e nome del coniuge

Titolo di studio

Iscritt..... nelle liste elettorali del Comune di (prov.)

CHIEDE

di essere accolto presso l'istituto geriatrico "OPERA PIA CARITAS" e si impegna a versare la retta che verrà fissata dall'Amministrazione con le modalità contenute nella dichiarazione allegata.

DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

FIRMA DEL PARENTE REFERENTE

.....

CARTA DEI SERVIZI

dichiaro di aver ricevuto dalla R.S.A. la/le Carta/e dei Servizi relativamente alla struttura prescelta per la presentazione della domanda di ricovero.

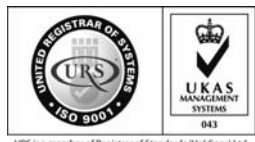
DATA

FIRMA PER RICEVUTA

.....

A cura dell'Ufficio dell'Istituto:

Punt. residenza	Punt. salute	Punt. sit. sociale	Data domanda



URS is a member of Registrar of Standards (Holdings) Ltd.

R.S.A. CASA MONS. SPERANZA: Viale Martiri della Libertà n. 6 - 24019 ZOGNO (BG)
TEL e FAX 0345/91029 - info@rsazogno.it - www.rsazogno.it
R.S.A. CASA SANTA MARIA: Via Cà Noa n. 8 - 24012 BREMBILLA (BG) Fraz. Laxolo
TEL 0345/53436 FAX 0345/53798 - santamarialaxolo@rsazogno.it - www.rsazogno.it
Sede Legale: Viale Martiri della Libertà, n.6 - 24019 ZOGNO (BG)
Partita Iva: 00778670166 - Codice Fiscale: 85000070160



R.S.A. CASA MONS. SPERANZA
ZOGNO

**PARROCCHIA SAN LORENZO MARTIRE
IN ZOGNO
OPERA PIA CARITAS - ONLUS**



R.S.A. CASA SANTA MARIA
LAXOLO - BREMBILLA

DICHIARAZIONE
(A cura del parente referente)

Il/La sottoscritto/a

Cod. Fisc. residente a (.....)

in via per sé, eredi e successori si impegna a

versare mensilmente in via anticipata ed in un'unica soluzione all'OPERA PIA CARITAS "R.S.A. Casa Monsignor Giuseppe Speranza" o "R.S.A. Casa Santa Maria" la retta fissata dall'Amministrazione per il ricovero del/della Sig./Sig.ra

nato/a il a

e residente a (.....) C.A.P.

in Via

Dichiara inoltre di essere pienamente a conoscenza di dover corrispondere la retta mensile con decorrenza dalla data di accettazione dell'inserimento del/della Sig./Sig.ra e si impegna a venire a prendere il Sig./la Sig.ra

al termine del periodo concordato di soggiorno temporaneo presso le nostre strutture.

In caso di dimissioni e/o decesso dal regime di ricovero definitivo il computo della retta mensile sarà di: - **giorni di degenza effettiva + 7 gg. successivi all'evento.**

Le rette verranno aggiornate annualmente in base all'aumento dei costi di gestione e comunque non inferiori alle svalutazioni ISTAT.

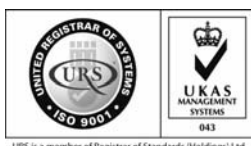
Eventuali spese viaggio in ambulanza, al di fuori delle chiamate al 118, saranno a carico dell'ospite.

L'inadempimento degli obblighi di cui sopra, potrà comportare un'azione legale nei miei Confronti per il recupero di ogni somma dovuta all'Opera Pia Caritas "R.S.A. Casa Monsignor Giuseppe Speranza" o "R.S.A. Casa Santa Maria", compresi gli interessi bancari.

Zogno/Brembilla,

FIRMA PER ACCETTAZIONE

.....



R.S.A. CASA MONS. SPERANZA: Viale Martiri della Libertà n. 6 - 24019 ZOGNO (BG)
TEL e FAX 0345/91029 - info@rsazogno.it - www.rsazogno.it
R.S.A. CASA SANTA MARIA: Via Cà Noa n. 8 - 24012 BREMBILLA (BG) Fraz. Laxolo
TEL 0345/53436 FAX 0345/53798 - santamarialaxolo@rsazogno.it - www.rsazogno.it
Sede Legale: Viale Martiri della Libertà, n.6 - 24019 ZOGNO (BG)
Partita Iva: 00778670166 - Codice Fiscale: 85000070160