

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano.

L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

in qualità di AdS Tutore Altro, specificare _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: _____

E-mail: _____@_____

Altri familiari e persone di riferimento:

| Cognome e nome | Grado di parentela | Recapito telefonico |
|----------------|--------------------|---------------------|
| 1) | | |
| 2) | | |

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Documento di identità n. _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Assistito _____ Codice Esenzione _____

Medico curante (Nome e recapito telefonico) _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____ Recapito telefonico _____

Domicilio se diverso dalla residenza: _____

ATS di appartenenza _____ Cittadinanza _____

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)

Firma della persona o del richiedente _____ data _____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

| | |
|---|--|
| <p>MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> Condizioni abitative non idonee</p> <p><input type="checkbox"/> Vive solo/sola</p> <p><input type="checkbox"/> Perdita autonomia</p> <p><input type="checkbox"/> Quadro clinico compromesso</p> <p><input type="checkbox"/> Mantenimento/miglioramento capacità residue</p> <p><input type="checkbox"/> Rischio permanenza al domicilio</p> <p><input type="checkbox"/> Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)</p> <p>_____</p> | <p>PROVENIENZA</p> <p><input type="checkbox"/> Domicilio</p> <p><input type="checkbox"/> Istituto di ricovero per acuti (ospedale)</p> <p><input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica</p> <p><input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione</p> <p><input type="checkbox"/> Altra RSA</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>_____</p> |
| <p>TIPOLOGIA DI RICOVERO</p> <p><input type="checkbox"/> Tempo determinato</p> <p><input type="checkbox"/> Lungodegenza</p> <p>Nucleo Alzheimer <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>CONVENZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> si, con il seguente ente:</p> <p>_____</p> |
| <p>CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, motivazione: _____</p> <p>note: _____</p> | |
| <p>SITUAZIONE ABITATIVA</p> <p>Con chi vive:</p> <p><input type="checkbox"/> Solo</p> <p><input type="checkbox"/> Coniuge</p> <p><input type="checkbox"/> Figli</p> <p><input type="checkbox"/> Altri parenti: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Assistente familiare (ore/die)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>Dove vive:</p> <p><input type="checkbox"/> Abitazione adeguata</p> <p><input type="checkbox"/> Abitazione parzialmente adeguata</p> <p><input type="checkbox"/> Abitazione totalmente inadeguata</p> <p>Perché _____</p> <p><input type="checkbox"/> Casa di proprietà</p> <p><input type="checkbox"/> Affitto</p> <p><input type="checkbox"/> Casa ALER</p> <p><input type="checkbox"/> Usufrutto</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p> | <p>TUTELA</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:</p> <p><input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno / Tutela</p> <p><input type="checkbox"/> In corso</p> <p><input type="checkbox"/> Numero decreto: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Qualifica:</p> <p><input type="checkbox"/> Familiare: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Recapiti:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

 SI

 NO

SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
 Divorziato/a
 Celibe/nubile
 Separato/a
 Vedovo/a
 Altro: _____

- Fratelli (N:)
 Sorelle (N:)

- Figli (N:)
 Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
 Anzianità/vecchiaia
 Minima/sociale
 Guerra/infortunio sul lavoro, etc
 Reversibilità

- In attesa di invalidità civile

- Invalidità

↳ Codice: _____

↳ Percentuale: _____ %

↳ Indennità accompagnamento

si no In attesa

LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- Nessuna scolarità
 Licenza elementare
 Diploma medie inferiori
 Diploma medie superiore in _____
 Laurea in _____
 Altro: _____
 Professione pre pensionamento _____
 Interessi / hobby _____

RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi: NO SI (specificare):

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
 CDI (Centro Diurno Integrato) _____
 Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...): _____

Servizi / interventi Sociali attivi: NO SI (specificare):

- SAD Comunale
 Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto _____
 Associazioni di volontariato _____
 Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc) _____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- Direttamente
- Servizio Sociale di: Centri Sociali Territoriali Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ⌘ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ⌘ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ⌘ TESSERA SANITARIA
- ⌘ EVENTUALI ESENZIONI
- ⌘ VERBALE INVALIDITÀ
- ⌘ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ⌘ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

.....

.....

.....

Il sottoscritto _____, ai sensi del decreto legislativo 196/2003 e del GDPR 679/2016, acconsente al trattamento dei dati della presente domanda per l'inserimento della stessa in Lista d'attesa della R.S.A. e per gli adempimenti esclusivamente finalizzati al ricovero.

DATA: ____ / ____ / 20__

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

.....

NOTE:

.....

.....

.....

.....

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

Cognome e Nome

Data di nascita/...../.....

luogo di nascita

QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI

| INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS) | DIAGNOSI | ASSENTE | LIEVE | MODERATO | GRAVE | MOLTO GRAVE |
|---|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iperensione (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fegato (solo fegato) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rene (solo rene) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; <i>non include la demenza</i>) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stato mentale e comportamentale (<i>include demenza</i> , depressione, ansia, agitazione, psicosi) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO

ALLERGIE NON NOTE NO SI, DI CHE TIPO:

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI

| | |
|---|---|
| Autonomia nel movimento (è possibile barrare più caselle) | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto |
| Utilizzo ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle) | <input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro..... |
| Autonomia igiene e cura personale | <input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale |
| Autonomia nell'uso dei servizi igienici | <input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale |
| Incontinenza urinaria | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Catetere vescicale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data ultimo posizionamento:/...../20..... |
| Presidi assorbenti | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Nefro /urostomia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Incontinenza fecale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:..... |
| Ossigenoterapia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua |
| Tracheostomia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula) |
| Ventilazione | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva |
| Catetere venoso centrale (CVC) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: |
| Lesioni da pressione | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV |
| Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: |
| Cadute ricorrenti (anche senza conseguenze traumatiche) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Numero cadute nell'anno: |

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DEFICIT SENSORIALI

| | | | |
|-----------|---|----------------------|---|
| Ipoovisus | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Cecità assoluta | <input type="checkbox"/> SI |
| Ipoacusia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Corretta con protesi | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| | | Sordità assoluta | <input type="checkbox"/> SI |

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

| | | | |
|--|--|--|---|
| Stato di coscienza alterato | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15) | |
| Deficit di memoria | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Disorientamento | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale |
| Disturbi del linguaggio e della comunicazione | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: | | |
| Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____ | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Deflessione del tono dell'umore | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Deliri | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Allucinazioni | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Aggressività | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: | <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale | |
| Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia | |
| Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: | | |
| Etilismo/potus | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: | <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso | |
| Abuso/dipendenza da sostanze: | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: | <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso | |
| | | Di che tipo: | |
| Dipendenza gioco | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, di che tipo: | | |
| Tentato suicidio | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data: | | |
| In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: | | |
| Eventuali note e osservazioni: | | | |

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

| | | | |
|------------------------------|--|--|---|
| Autonomia nell'alimentazione | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza | | |
| | <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) | | |
| | <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento | | |
| Edentulia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: | Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore | |
| | | Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore | |
| Rifiuto del cibo | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | | |
| Disfagia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Cibi frullati o omogeneizzati | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| | | Addensanti | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

| | | | |
|-------------------------|--|---------------------------|--|
| Dieta specifica | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: | | |
| Alimentazione enterale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG | Alimentazione parenterale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale |
| Peso corporeo: kg | Altezza: cm | | |

| | |
|--------------|---|
| Intolleranze | <input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: |
|--------------|---|

TERAPIA

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

| Farmaco/Principio attivo | Posologia |
|--------------------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ALTRI TRATTAMENTI:

| | | |
|--|---|-----------|
| Emotrasfusione | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Tipo_____ |
| Dialisi | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale | |
| Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) | | |

EVENTUALE APPROFONDIMENTO:

.....
.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): / / 20.....

| | |
|---|-----------------------------------|
| Nome e Cognome medico curante: Recapito tel.diretto fax e-mail diretta:@..... | Timbro e firma del medico curante |
|---|-----------------------------------|

Data di compilazione: / / 20.....