

DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A.
territorio A.S.S.T. Melegnano Martesana

Generalità della persona che richiede di essere accolta in RSA

Cognome e nome _____ Sesso M F
Nato a _____ Prov. _____ il _____ Cittadinanza _____
Residente a _____ Prov. _____ CAP _____
Via/Piazza _____ tel. _____
Codice Fiscale _____ Codice assistito _____
Tessera esenz. ticket _____ Medico curante dott. _____
⇒ stato civile
 Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a
⇒ usufruisce attualmente di:
Pensione NO SI se si, tipo di pensione _____
Invalidità civile NO SI _____% In attesa
Assegno di accompagnamento NO SI In attesa

Generalità della persona che presenta la domanda

Cognome e nome _____ Residente a _____
CAP _____ Via/Piazza _____
Telefono 1 _____ Telefono 2 _____
e mail _____
Grado di parentela [eventuale] _____
Titolo di rappresentanza legale (nel caso di persone già dichiarate incapaci o con deficit delle funzioni mentali superiori):
 Amministratore di sostegno Tutore Curatore

Altra persona di riferimento in caso di necessità _____
Telefono 1 _____ Telefono 2 _____

Servizio Sociale (se coinvolto) _____

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 ecc.).

Firma della persona o del richiedente _____ data _____

SCHEMA CONOSCITIVA

da compilare a cura di chi presenta la domanda

Motivo della domanda

- Persona non autonoma Vive solo Alloggio non idoneo
 Difficoltà familiari Altro (specificare) _____

Urgenza del ricovero:

- estrema ordinaria inserimento in lista di attesa a scopo preventivo

Tipologia di ricovero

- pronto intervento definitivo sollievo/temporaneo

L'anziano attualmente si trova:

- Ospedale (specificare) _____
Istituto di riabilitazione (specificare) _____
RSA (Casa di riposo) (specificare) _____
Altra struttura (specificare) _____
in casa propria con aiuto di (specificare) _____
 di altri (specificare) _____

L'anziano usufruisce attualmente di:

- Assistenza domiciliare del Comune SI NO
Assistenza domiciliare sanitaria (voucher) SI NO

Protesi ed ausili in uso:

- deambulatore carrozzina materassino/cuscino antidecubito
 letto ortopedico presidio per incontinenza altro (specificare) _____

INFORMAZIONI SULL'AUTONOMIA DELLA PERSONA

E' capace di spostarsi autonomamente dal letto alla sedia e viceversa?

- No, non è in grado, richiede la completa assistenza
 Necessita di aiuto
 E' completamente autonoma

E' in grado di camminare da sola?

- No, non è in grado
 Necessita di aiuto
 E' completamente autonoma

Se non cammina, è in grado di manovrare da sola la sedia a rotelle?

- No, non è in grado
 Necessita di aiuto
 E' completamente autonoma

E' in grado lavarsi, fare il bagno, pettinarsi?

- No, non è in grado
- Necessita di aiuto
- E' completamente autonoma

E' in grado di mangiare da sola?

- Non è in grado, deve essere imboccato
- Collabora ma necessita di aiuto
- E' completamente autonomo/a

E' mentalmente confusa?

- E' completamente disorientata
- Parzialmente confusa
- Parla e comprende normalmente

E' irritabile?

- Si
- Si, solo se provocata
- No

E' particolarmente irrequieta?

- Si, è incapace di stare ferma
- E' spesso molto irrequieta
- E' tranquilla

Altre notizie che si ritengono utili per il ricovero

Si informa il richiedente il ricovero che i dati personali saranno utilizzati al solo scopo di inserire il nominativo dell'interessato nella lista d'attesa delle R.S.A. del territori dell'A.S.L. Milano2

Il sottoscritto _____, ai sensi del decreto legislativo 196/2003, acconsente al trattamento dei dati della presente domanda, al solo scopo di inserimento nella Lista d'attesa delle R.S.A., di cui all'elenco allegato.

data _____

firma _____

Allegato: Altre R.S.A. del territorio della ex. A.S.L. MI2

Denominazione Struttura	Indirizzo	Comune	Telefono	Fax	E.mail
Casa dell'anziano San Camillo *	Via Della Cappelletta, 5	CARUGATE	02/9254771	02/9252229	info@rsasancamillo.it
Casa di Riposo Comunale di Cassano d/A	Via 5 Martini, 1	CASSANO ADDA	0363/61581	0363/361371	rsabavedere@comune.cassanodadda.mi.it
Casa Famiglia per Anziani di Bussero *	Via A. Grandi, 8	BUSSERO	02/95330322	02/95039670	bussero@fondazionemantovani.it
Centro S. Maria al Castello Don Gnocchi	P.zza Castello, 23	PESSANO CON BORNAGO	02/955401	02/95540399	info.pessano@dongnocchi.it
Fondazione Castellini di Melegnano Onlus *	Via Cavour, 21	MELEGNANO	02/982201	02/98220134	sociale@fondazionecastellini.it
Fondazione Ospedale Marchesi	Via Marchesi, 25	INZAGO	02/9531231	02/9548603	contabilita@fondazionemarchesi.it
Istituto Geriatrico Redaelli *	Via Leopardi, 3	VIMODRONE	02/250321	02/27409116	s.bellina@goligredaelli.it
Istituto Geriatrico Vergani e Bassi Onlus	Via Lazzaretto, 2	GORGONZOLA	02/9513379	02/95300540	info@verganiebassi.it
Istituto Monsignor L. Biraghi *	Via Videmari, 2	CERNUSCO SUL NAVIGLIO	02/929036	02/9249647	info@rsabiraghi.it
Residenza Borromea	Via Buonarroti	MEDIGLIA	02/90600463	02/90601496	residenza_borromea@fiscali.it
Residenza Melograno Anni Azzurri *	Via Trento	CASSINA DEPECCHI	02/95341410	02/95341395	residenzamelograno@anniazzurri.it
Residenza Mirasole Anni Azzurri	Via Borsellino, 6	OPERA	02/576911	02/57607098	giuseppe.dellacorte@anniazzurri.it
Residenza San Rocco Anni Azzurri	Via Monviso, 87	SEGRATE	02/26952323	02/26926998	residenzasanrocco@anniazzurri.it
RSA Acquamarina Heliopolis *	Via Strada Cerca	BINASCO	02/900351	02/90094243	info@residenzeheliopolis.com
RSA Alfredo Podestà Heliopolis *	Via Strada Cerca	BINASCO	02/900351	02/90094243	info@residenzeheliopolis.com
RSA Maria Lorenzon Heliopolis	Via Strada Cerca	BINASCO	02/900351	02/90094243	info@residenzeheliopolis.com
RSA Anna Sironi	Via Nenni 20	TREZZO SULL'ADDA	02/90939943		rsaannasironi@crmsociale.it
RSA Cascina Cortenuova	Via Del Ronco	PAULLO	02 90639806	02/90634670	rsa.cdipaullo@crmsociale.it
RSA Giovanni Paolo II	V.le Germania 1	MELZO	02/95732428	02/95737862	accoglienza.giovanipaolo@korian.it
RSA Gli Oleandri	Via Amendola, 20/A	ROZZANO	02/57701975	02/57701978	
RSA I Pioppi	Via L. da Vinci	DRESANO	02/98274148	02/98274342	rsadresano@puntoservice.org

N.B. * presente Nucleo Protetto per ospiti ALZHEIMER

INFORMAZIONI SANITARIE (a cura del medico curante)

Cognome e nome

data di nascita

Patologie presenti

	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Diagnosi</i>
Patologie cardiache			
Ipertensione arteriosa			
Patologie vascolari/ematologiche			
Patologie respiratorie			
Vista, udito, naso, gola, laringe			
Apparato gastroenterico superiore			
Apparato gastroenterico inferiore			
Patologie epatiche			
Patologie renali			
Altre patologie genito-urinarie			
Sistema muscolo-scheletrico e Cute			
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze)			
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici)			
Patologie psichiatrico-comportamentali (incluse le demenze)			

Problemi clinici prevalenti

Patologie infettive/contagiose presenti

Terapia farmacologica in corso (indicare farmaco e posologia)

Allergie a:

Anomalie del comportamento

Ansia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Depressione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Deliri o allucinazioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Agitazione psico-motoria diurna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Agitazione psico-motoria notturna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Deambulazione incessante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Affaccendamento afinalistico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Inversione del ritmo sonno-veglia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Aggressività	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Anomalie della marcia e della postura

Cadute negli ultimi 3 mesi SI NO se si, numero cadute |____|

Altre informazioni sanitarie

Ci sono problemi di alimentazione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
disfagia – altri disturbi della deglutizione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
nutrizione artificiale enterale		
con gastrostomia (PEG) o digiunostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
con sondino naso gastrico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
nutrizione parenterale totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La persona è in dialisi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
dialisi peritoneale automatica o manuale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
dialisi extracorporea ambulatoriale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
dove effettua la dialisi _____		
E' presente insufficienza respiratoria?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ossigeno occasionalmente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ossigeno almeno 6 ore al giorno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ossigenoterapia continua	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
tracheostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ventilazione meccanica invasiva / non invasiva	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La persona è affetta da diabete mellito?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
è trattato con la sola dieta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
farmaci antidiabetici orali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
insulina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La persona ha ulcere da decubito?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sacrali o trocanteriche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
arti inferiori o altre sedi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La persona ha ulcere vascolari?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ci sono problemi di continenza vescicale o fecale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
presidi per incontinenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
cateterismo intermittente con Nelaton	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
enterostomia, colostomia, ureterocutaneostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Recapiti telefonici Medico _____

timbro e firma del medico

data di compilazione