

**DOMANDA DI ACCOGLIMENTO PRESSO LA RESIDENZA "SAN PIETRO"**

Via San Pietro, n° 28/b - Castiglione delle Stiviere (MN)

Tel. 0376/861211 - Fax 0376/8112130

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a il.....a.....prov.....

Residente a.....via.....n°.....

Telefono.....stato civile.....

**CHIEDE**

Di essere accolto in questa Residenza nell'unità di offerta

- RSA
- RSD
- HOSPICE

Data.....

Firma.....

Questa domanda è presentata da.....

In qualità di .....residente a.....

Via.....tel.....

Data.....

Firma.....



## SCHEDA SOCIALE

### Storia della persona

#### Storia familiare ( assenza dei figli, stato di solitudine, ecc...)

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

#### Scolarità.....

.

#### Attività lavorativa (quale/i, per quanto tempo ,soddisfazione ,ecc ....)

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

#### Amicizie e vicende passate

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

#### Relazioni presenti ( rapporti con i parenti, amici, vicini, si isola, ecc...)

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

#### Hobby

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

#### Altro

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

Firma del compilatore.....

## **SCHEDA SANITARIA**

**Compilazione a cura del medico curante**

**data.....**

NOTIZIE CLINICO / ANAMNESTICHE:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

RICOVERI PRECEDENTI: ( specificare se c/o Ospedalieri, Reparti psichiatrici, altro )  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

STATO DI SALUTE:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

TERAPIA IN ATTO:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ALLERGIE NOTE (FARMACI/ALTRO):.....  
.....  
.....  
.....

## Comorbilità

**Patologie Cardiache :** (solo cuore)

1       2       3       4       5

Specificare.....  
.....  
.....

**Ipertensione :** (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)

1       2       3       4       5

Specificare.....  
.....  
.....

**Patologie vascolari :** (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)

1       2       3       4       5

Specificare.....  
.....  
.....

**Patologie respiratorie :** (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)

1       2       3       4       5

Specificare.....  
.....  
.....

**O.O.N.G.L. :** (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)

1       2       3       4       5

Specificare.....  
.....  
.....

**Apparato G.I. Superiore :** (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)

1       2       3       4       5

Specificare.....  
.....  
.....

**Apparato G.I. Inferiore :** (intestino, ernie)

1       2       3       4       5

Specificare.....  
.....  
.....

**Patologie epatiche :** (solo fegato)

1       2       3       4       5

Specificare.....  
.....  
.....

**Patologie renali :** (solo rene)

1       2       3       4       5

Specificare.....  
.....  
.....

**Altre patologie genito- urinarie :** (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)

1       2       3       4       5

Specificare.....  
.....  
.....

**Sistema muscolo scheletrico-cute :** (muscoli, scheletro, tegumenti)

1       2       3       4       5

Specificare.....  
.....  
.....

**Sistema nervoso centrale e periferico :** (non include la demenza)

1       2       3       4       5

Specificare.....  
.....  
.....

**Patologie endocrine-metaboliche :** (include diabete, infezioni, stati tossici)

1       2       3       4       5

Specificare.....  
.....  
.....

**Patologie psichico-comportamentali :** (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

1       2       3       4       5

Specificare.....  
.....  
.....

- Legenda :
- 1 ASSENTE      nessuna compromissione d'organo
  - 2 LIEVE      la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente.
  - 3 MODERATO      la compromissione d'organo/sistema produce disabilità il trattamento è dilazionabile, la prognosi non può essere buona.
  - 4 GRAVE      la compromissione d'organo/sistema produce disabilità il trattamento è indilazionabile, la prognosi non può essere buona.
  - 5 MOLTO GRAVE      la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente la prognosi è grave.

## MOBILITA'

### **Indice di Barthel**

#### ALIMENTAZIONE

- Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare la carne e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc. (10)
- Indipendente con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona. (8)
- Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte nel thè, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro. (5)
- Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente al pasto. (2)
- Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato. (0)

#### BAGNO/DOCCIA (LAVARSI)

- Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato. (5)
- Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.) (4)
- Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia / bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi. (3)
- Necessita di aiuto per tutte le operazioni. (2)
- Totale dipendenza nel lavarsi. (0)

#### IGIENE PERSONALE

- Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata (non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli). (5)
- In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni. (4)
- Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale. (3)
- Necessita di aiuto per tutte le operazioni. (1)
- Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti. (0)

## ABBIGLIAMENTO

- Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi. (10)
- Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe. (8)
- Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento. (5)
- Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti. (2)
- Dipendenza sotto tutti gli aspetti e non collabora. (0)

## CONTINENZA INTESTINALE

- Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario. (10)
- Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, occasionali perdite. (8)
- Capace di assumere una posizione appropriata, ma non può eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, ed ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc. (5)
- Necessita di aiuto per assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie. (2)
- Incontinente. (0)

## CONTINENZA URINARIA

- Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni. (10)
- Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso di dispositivi esterni o interni. (8)
- In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto Parziale nell'uso dei dispositivi. (5)
- Incontinente ma in grado cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno. (2)
- Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l' applicazione di dispositivi interni o esterni. (0)

Se il soggetto ha un punteggio  $\leq 5$  e non è portatore di catetere vescicale a permanenza riportare il numero di pannoloni nelle 24 ore. ( )

## USO DEL GABINETTO

- Capace di trasferirsi su e giù dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario può usare la comoda o la padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli. (10)
- Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla o pulirla. (8)
- Necessita di aiuto per svestirsi / vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani. (5)
- Necessita di aiuto per tutti gli aspetti. (2)
- Completamente dipendente. (0)

## TRASFERIMENTO LETTO / CARROZZINA

- Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. È indipendente durante tutte le fasi. (15)
- Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza. (12)
- Necessario di minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento. (8)
- Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento. (3)
- Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico. (0)

## DEAMBULAZIONE

- Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare le stampelle, bastoni, walzer e deambulatore per *almeno 50 mt.* Senza aiuto o supervisione. (15)
- Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 mt. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose. (12)
- Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione. (8)
- Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione. (3)
- Non in grado di deambulare autonomamente. (0)

## SCALE

- In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé durante la salita o la discesa. (10)
- In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.) (8)
- Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza. (5)
- Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili). (2)
- Incapace di salire e scendere le scale. (0)

## USO DELLA CARROZZINA

- Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.)  
L'autonomia deve essere  $\geq 50$  mt. (5)
- Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette. (4)
- Necessita la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc. (3)
- Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessita di Assistenza per tutte le manovre. (1)
- Dipendente negli spostamenti con la carrozzina. (0)

## TOTALE

(.....)

Legenda: 100-91 quasi autosufficiente  
90-75 dipendenza lieve  
74-50 dipendenza moderata  
49-25 dipendenza grave  
< 24 dipendenza completa

FUNZIONI SENSORIALI:

- Vista:**  normale  ipovisus  cecità
- Udito:**  normale  ipoacusia  sordità
- Disturbi del linguaggio:**  si  no

COMPORAMENTO:

- Deterioramento cognitivo:**  no  si
- lieve  
 medio  
 grave
- Depressione:**  no  si
- Ansia:**  no  si
- Agitazione psicomotoria:**  no  si
- Tentati suicidi recenti:**  no  si
- Tentati suicidi pregressi:**  no  si
- Etilismo:**  no  si
- Tabagismo:**  no  si
- Orientamento spazio/temporale:**  completo  
 orientato in ambienti limitati  
riconosce le persone  
 non si muove autonomamente  
 completamente disorientato
- Memoria:**  normale  
 occasionalmente smemorato  
 perdita di memoria a breve termine  
 perdita di memoria a lungo termine  
 non ha alcuna consapevolezza della propria condizione

## COGNITIVITA'

### CONFUSIONE

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| E' completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata | <input type="checkbox"/> | 6 |
| E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe   | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo   | <input type="checkbox"/> | 2 |
| E' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l' ambiente  | <input type="checkbox"/> | 0 |

### IRRITABILITA'

- |  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
| Qualsiasi contatto è causa di irritabilità   | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità, che non sempre è in grado di controllare | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete                                  | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Non mostra segni di irritabilità ed è calmo  | <input type="checkbox"/> | 0 |

### IRREQUIETEZZA

- |  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
| Cammina avanti e indietro incessantemente, senza fermarsi, ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo   | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente; si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere ferme mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti  | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità  | <input type="checkbox"/> | 0 |

**TOTALE** (.....)

**PROFILI DI GRAVITA'**

Lesioni da decubito*	<input type="checkbox"/>	SI
Dal secondo stadio NPUAP in poi	<input type="checkbox"/>	NO
Catetere urinario permanente*	<input type="checkbox"/>	SI
	<input type="checkbox"/>	NO
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/>	SI
Anche senza conseguenze	<input type="checkbox"/>	NO
Numero cadute		
Contenzione fisica permanente*	<input type="checkbox"/>	SI
Eluse le spondine	<input type="checkbox"/>	NO

\* al momento della rivelazione

**AUSILI PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI**

Ausili per movimento		Bastone/gruccia/ deambulatore		Arto artificiale		Carrozzina	
	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Gestione Incontinenza		Presidi assorbenti/ catetere esterno		Catetere		Ano artificiale	
	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Gestione diabete		Solo dieta		Antidiabetici		Insulina	
	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Alimentazione artificiale		Sondino		PEG		Parent. totale	
	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Insufficienza respiratoria		02 x 6 ore		02 costante		Ventilatore	
	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dialisi				Dialisi peritoneale		Dialisi extracorp	
	NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**IL PAZIENTE E' ESENTE DA MALATTIE CONTAGIOSE E/O MENTALI TALI DA  
CONTROINDICARE LA VITA IN COMUNITA'**

Timbro e firma del Medico