



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

Via San Pietro, n° 28/B – Castiglione d/S (MN)

Tel. 0376/861211 Fax. 0376/8612130 [www.residenzasanpietro.it](http://www.residenzasanpietro.it) info@residenzasanpietro.it

Il/La sottoscritto/a _____														
Nato/a a _____ (____) il _____														
Residente a _____ (____) in Via _____														
Codice Fiscale														
Cittadinanza _____ Numero tessera sanitaria _____														
<b>CHIEDE</b>														
<b>Di essere accolto in questa Residenza nell'unità di offerta</b>														
<input type="radio"/> <b>RSA ACCREDITATA A CONTRATTO</b>														
<input type="radio"/> <b>RSA ACCREDITATA NON A CONTRATTO</b>														
<input type="radio"/> <b>RSD</b>														
<b><u>(L'Ente di riserva un periodo di 60 giorni per valutare l'adeguatezza del ricovero. In caso di esito negativo l'Ospite verrà dimesso.)</u></b>														
<b>INOLTRE</b>														
Esprime il consenso al trattamento, all'archiviazione e alla raccolta dei propri dati qualificati come personali, con particolare riguardo a quelli c.d. "sensibili", al fine di permettere la valutazione da parte del medico e l'inserimento in lista d'attesa. (ART. 13 DEL REGOLAMENTO N. 2016/679/UE E NORMATIVA PRIVACY NAZIONALE VIGENTE)														
Questa domanda è presentata da _____														
in qualità di _____ recapito telefonico _____														
Data _____ Firma _____														

Domanda del _____	Progressivo _____
Valutata in data _____	Esito _____
Tipo di servizio _____	
Timbro e firma _____	



### SITUAZIONE SOCIO-AMBIENTALE

<b>Abitazione</b>	<input type="radio"/> Idonea	<input type="radio"/> Presenza barriere architettoniche
<b>Vive solo</b>	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
<b>Supporto familiare/caregiver</b>	<input type="radio"/> Presente	<input type="radio"/> Parziale <input type="radio"/> Assente
<b>Storia familiare</b>	<input type="radio"/> Celibe/Nubile <input type="radio"/> Coniugato/a	<input type="radio"/> Separato/a <input type="radio"/> Vedovo/a <input type="radio"/> Divorziato/a <input type="radio"/> Figli (N. _____)
<b>Protezione Giuridica</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si →	<input type="radio"/> Amministratore di sostegno <input type="radio"/> Tutore Nominativo _____ Recapito telefonico _____
<b>Titolare di pensione</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Anzianità	<input type="radio"/> Sociale <input type="radio"/> Altro _____
<b>Invalidità Civile</b>	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si → Percentuale _____
<b>Indennità di accompagnamento</b>	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si

### SCHEDA SANITARIA

(Compilazione a cura del medico curante)

<b><u>PROVENIENZA</u></b>
---------------------------

- Proprio domicilio
- Proprio domicilio con attivazione ADI
- Ospedale \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

### **NOTIZIE CLINICO / ANAMNESTICHE**

---

---

---

---

---

- Diagnosi della Malattia del Motoneurone
- Diagnosi Alzheimer
- Evento Acuto (per Stati Vegetativi)

<b><u>DATA</u></b> _____
-----------------------------



<b>COMORBILITÀ</b>					
<b>Patologie Cardiache:</b> (solo cuore)	1	2	3	4	5
<b>Ipertensione:</b> (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	1	2	3	4	5
<b>Patologie vascolari:</b> (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	1	2	3	4	5
<b>Patologie respiratorie:</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	1	2	3	4	5
<b>O.O.N.G.L.:</b> (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	1	2	3	4	5
<b>Apparato G.I. Superiore:</b> (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	1	2	3	4	5
<b>Apparato G.I. Inferiore:</b> (intestino, ernie)	1	2	3	4	5
<b>Patologie epatiche:</b> (solo fegato)	1	2	3	4	5
<b>Patologie renali:</b> (solo rene)	1	2	3	4	5
<b>Altre patologie genito- urinarie:</b> (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	1	2	3	4	5
<b>Sistema muscolo scheletrico-cute:</b> (muscoli, scheletro, tegumenti)	1	2	3	4	5
<b>Sistema nervoso centrale e periferico:</b> (non include la demenza)	1	2	3	4	5
<b>Patologie endocrine-metaboliche:</b> (include diabete, infezioni, stati tossici)	1	2	3	4	5
<b>Patologie psichico-comportamentali:</b> (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5
LEGENDA: 1 ASSENTE = <u>0</u> 2 LIEVE = <u>0</u> 3 MODERATO = <u>1</u> 4 GRAVE = <u>2</u> 5 MOLTO GRAVE = <u>3</u>					

#### TERAPIE IN ATTO

---

---

---

---

---

---

#### ALLERGIE NOTE (FARMACI/ALTRO)

---

---

---

<b>AUTONOMIE</b>	<b>INDIPENDENTE ①</b>	<b>PARZIALMENTE DIPENDENTE ①</b>	<b>TOTALMENTE DIPENDENTE ②</b>
BAGNO/DOCCIA (LAVARSI)			
IGIENE PERSONALE			
ABBIGLIAMENTO			
CONTINENZA INTESTINALE			
CONTINENZA URINARIA			
USO DEL GABINETTO			



<b>MOBILITÀ</b>	<b>INDIPENDENTE ①</b>	<b>PARZIALMENTE DIPENDENTE ①</b>	<b>TOTALMENTE DIPENDENTE ②</b>
TRASFERIMENTO LETTO/CARROZZINA			
DEAMBULAZIONE			
SCALE			
USO DELLA CARROZZINA			

### ALIMENTAZIONE

DISFAGIA	① NO	① SI → <input type="radio"/> PEG <input type="radio"/> SONDINO <input type="radio"/> NUTRIZIONE PARENT.
----------	------	---

### PROFILI DI GRAVITÀ

LESIONI DA DECUBITO	① NO	① SI SEDI _____ _____
CONTENZIONE FISICA PERMANENTE	① NO	① SI QUALI IN USO _____ _____

### FUNZIONI SENSORIALI

VISTA	① NORMALE	① IPOVISUS	② CECITÀ
UDITO	① NORMALE	① IPOACUSIA	② SORDITÀ
LINGUAGGIO	① NORMALE	① DISARTRICO	① AFASICO ② MUTACICO

### COMPORTEMENTO

DETERIORAMENTO COGNITIVO	① NO	① LIEVE	② MODERATO	③ GRAVE
ORIENTAMENTO SPAZIO/TEMPORALE	① COMPLETO	① IN AMBIENTI LIMITATI	② COMPLETAMENTE DISORIENTATO	
IRRITABILITÀ	① NO/ TALVOLTA	① RARAMENTE	② FREQUENTEMENTE	③ SPESSO
IRREQUIETEZZA	① NO/ TALVOLTA	① RARAMENTE	② FREQUENTEMENTE	③ SPESSO
AGITAZIONE PSICOMOTORIA	① NO		① SI SENZA WANDERING ② SI CON WANDERING	
DEPRESSIONE	① NO		① SI	
ANSIA	① NO		① SI	
TENTATIVI DI SUICIDIO	① NO		① SI	
ETILISMO	① NO		① SI	
TABAGISMO	① NO		① SI	

GESTIONE DIABETE	① NO	① SI → <input type="radio"/> SOLO DIETA <input type="radio"/> ANTIDIABETICI <input type="radio"/> INSULINA
DIALISI	① NO	① SI → <input type="radio"/> DIALISI PERITONEALE <input type="radio"/> DIALISI EXTRACORP.

**IL PAZIENTE È ESENTE DA MALATTIE CONTAGIOSE E/O MENTALI TALI DA CONTROINDICARNE LA VITA IN COMUNITÀ.**

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico \_\_\_\_\_