

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO PRESSO LA RESIDENZA "SAN PIETRO"

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

Tel. 0376/861211 Fax 0376/8612130

www.residenzasanpietro.it info@residenzasanpietro.it

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Residente a _____ in via _____

Codice ISTAT Comune _____

Codice Fiscale _____

n° telefono _____

Indirizzo e-mail _____

CHIEDE

di essere accolto in questa Residenza nell'unità di offerta **RSA** **RSD**

**(L'Ente si riserva un periodo di 60 giorni per valutare l'adeguatezza del ricovero.
In caso di esito negativo l'Ospite verrà dimesso)**

INOLTRE

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 (AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI - D. Lgs. 196/2003)

Questa domanda è presentata da _____

in qualità di _____

n° telefono _____

data _____ Firma _____

Domanda del _____ Progressivo _____

Valutata in data _____ Esito _____

Timbro e firma _____

SITUAZIONE AMBIENTALE

Abitazione	Idonea (0)	Presenza di barriere architettoniche (1)
Vive solo	Sì (10)	No (0)
Supporto familiare/caregiver	Presente (0)	Parziale (2)
	Assente (4)	

SCHEDA SOCIALE

Titolare di pensione sì no Anzianità Sociale Altro _____
Invalidità civile no sì percentuale _____

Ind. Accompagnamento sì no

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

Scolarità:

Attività lavorativa (quale e per quanto tempo):

Amicizie/Relazioni presenti (rapporti con i parenti, amici, vicini, ...):

Hobby:

Firma del compilatore _____

SCHEDA SANITARIA
(Compilazione a cura del medico curante)

NOTIZIE CLINICO / ANAMNESTICHE:

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

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

TERAPIA IN ATTO:

ALLERGIE NOTE (FARMACI/ALTRO):

MOBILITÀ

	INDIPENDENTE	PARZIALMENTE DIPENDENTE	TOTALMENTE DIPENDENTE
ALIMENTAZIONE	(0)	(1)	(2)
BAGNO/DOCCIA (LAVARSI)	(0)	(1)	(2)
IGIENE PERSONALE	(0)	(1)	(2)
ABBIGLIAMENTO	(0)	(1)	(2)
CONTINENZA INTESTINALE	(0)	(1)	(2)
CONTINENZA URINARIA	(0)	(1)	(2)
USO DEL GABINETTO	(0)	(1)	(2)
TRASFERIMENTO LETTO / CARROZZINA	(0)	(1)	(2)
DEAMBULAZIONE	(0)	(1)	(2)
SCALE	(0)	(1)	(2)
USO DELLA CARROZZINA	(0)	(1)	(2)

PROFILI DI GRAVITÀ

Afasia/Disartria:	No (0)	Si (1)
Disfagia:	No (0)	Si (1)
Lesioni da decubito:	No (0)	Si (2)
Contenzione fisica permanente :	No (0)	Si (2)

FUNZIONI SENSORIALI

Vista:	Normale (0)	Ipovisus (1)	Cecità (2)
Udito:	Normale (0)	Ipoacusia (1)	Sordità (2)

COMPORTEMENTO

Deterioramento cognitivo:	No (0)	Lieve(1)	Medio(2)	Grave (3)
Depressione:	No (0)		Si (1)	
Ansia/Agitazione psicomotoria:	No (0)		Si (1)	
Tentativi di suicidio:	No (0)		Si (1)	
Etilismo:	No (0)		Si (1)	
Tabagismo:	No (0)		Si (1)	
Orientamento spazio/temporale:	Completo (0)	Orientato in ambienti limitati (1)		
		Completamente disorientato (2)		

COGNITIVITÀ

CONFUSIONE

- (4) È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata
- (2) È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe
- (1) Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- (0) È in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente

IRRITABILITÀ

- (4) Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- (2) Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità
- (1) Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- (0) Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

IRREQUIETEZZA

- (4) Cammina avanti e indietro incessantemente, senza fermarsi, 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, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano.
- (1) Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere ferme mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
- (0) Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria

AUSILI PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI

Ausili per movimento	No (0)	Bastone/deambulatore (1)	Arto artificiale (2)
	Carrozzina (3)		
Gestione Incontinenza	No (0)	Presidi assorbenti (2)	Catetere (3)
	Ano artificiale (3)		
Gestione diabete	No (0)	Solo dieta (0)	Antidiabetici (1)
	Insulina (2)		
Alimentazione artificiale	No (0)	Sondino (3)	PEG (3)
	Parent. Totale (3)		
Insufficienza respiratoria	No (0)	02 x 6 ore (2)	02 costante (3)
	Ventilatore (3)		
Dialisi	No (0)	Dialisi peritoneale (2)	Dialisi extracorp (2)

PUNTEGGIO TOTALE : _____ / 100

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

Data: _____

Timbro e firma del Medico _____