

**MODELLO DOMANDA DI AMMISSIONE  
IN R.S.A. ACCREDITATE**

La/Il sottoscritta/o .....

oppure

La/Il sottoscritta/o .....

in qualità di ..... della sig.ra/del sig. ....

residente a .....

via ..... n. ....

recapiti telefonici .....

**PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA R.S.A.**

.....

.....

**Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'interessato all'ammissione, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo.**

**Dati anagrafici della persona interessata all'ammissione in R.S.A.**

Nome ..... Cognome .....

data di nascita ..... luogo di nascita .....

residente a .....

via ..... n. ....

recapiti telefonici .....

stato civile ..... n. figli .....

documento di identità .....

codice fiscale .....

A.S.L. di appartenenza ..... tessera sanitaria .....

## Dati relativi alla richiesta di ammissione

■ provenienza della persona: casa  NO  SI  
beneficiario di buono socio-sanitario  NO  SI  
beneficiario di A.D.I./ voucher  NO  SI

■ ricoverato presso .....

■ motivo dell'ingresso in R.S.A.: .....

## Dati anagrafici del garante individuato per il pagamento

Nome ..... Cognome .....

grado di parentela con l'ospite .....

data di nascita ..... luogo di nascita .....

residente a .....

via ..... n. ....

recapiti telefonici .....

codice fiscale .....

## Altri referenti per la persona da contattare

Nome ..... Cognome .....

grado di parentela con l'ospite .....

data di nascita ..... luogo di nascita .....

residente a .....

via ..... n. ....

recapiti telefonici .....

codice fiscale .....

Nome ..... Cognome .....

grado di parentela con l'ospite .....

data di nascita ..... luogo di nascita .....

residente a .....

via ..... n. ....

recapiti telefonici .....

codice fiscale .....

## Dati relativi alle risorse economiche dell'interessato all'ammissione

Intestatario di indennità di accompagnamento:  NO  SI

## Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto

■ Tipologia: – a tempo determinato per n. mesi .....

– a tempo indeterminato

■ Necessità di ingresso  urgente  
 breve termine  
 lungo termine

## Elenco dei documenti da produrre al momento dell'ingresso nella R.S.A.

1. fotocopia della carta di identità
2. fotocopia del codice fiscale
3. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
4. tesserino esenzione ticket
5. tessera sanitaria
6. scheda sanitaria allegata

Data ..... Firma del sottoscrittore .....

Per ricevuta ed accettazione: Firma referente R.S.A. ....

## Informativa e consenso al trattamento dei miei dati personali

In base a quanto disposto dall'art. 13 del D.Lgs. n° 196/2003, sono informato circa il trattamento dei miei dati personali, ed in particolare che:

- a) la finalità del trattamento è la valutazione per l'inserimento in R.S.A. e le procedure amministrative inerenti l'espletamento delle pratiche di ricovero; i dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici;
- b) il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;
- c) i dati raccolti verranno comunicati ai Servizi competenti della locale A.S.L. e della Regione Lombardia esclusivamente per la finalità di assolvimento del debito informativo a cui la R.S.A. in quanto accreditata è tenuta;
- d) potranno essere esercitati i diritti di accesso ai propri dati, di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/2003;
- e) il titolare del trattamento è la R.S.A. sopra indicata.

Firma leggibile ..... Data .....

## MODELLO DOMANDA DI AMMISSIONE IN R.S.A. SCHEDA SANITARIA

### RELAZIONE ASSISTENZIALE

(da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

Nome dell'assistito .....

### TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia
- È indipendente

### DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- Cammina senza aiuto

### LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri

### IGIENE PERSONALE

- Incapace di provvedere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti
- Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- È capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi

### ALIMENTAZIONE

- Deve essere imboccato
- Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
- Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliare la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- Totale indipendenza nel mangiare

## CONFUSIONE

- È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive
- È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- È in grado di pensare chiaramente

## IRRITABILITÀ

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo

## IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi
- Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione
- Mostra ogni tanto segni di irrequietezza
- Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

## ALTRE SEGNALAZIONI

- ❖ Incontinenza:
  - Assente
  - Solo urinaria
  - Solo fecale
  - Doppia
- ❖ Gestione incontinenza:
  - Presidi assorbenti
  - Ano artificiale
  - Catetere
- ❖ Ausili per il movimento:
  - Bastone/deambulatore
  - Carrozzina
  - Nessuno

Il compilatore:

Cognome ..... Nome .....

in qualità di .....

Data ..... Firma .....

## RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito .....

M

F

Data di nascita ..... Data di compilazione .....

### LEGENDA

**A:** assente; **L:** lieve - trattamento facoltativo; prognosi eccellente; **M:** moderata - trattamento necessario; prognosi buona; **G:** grave; è invalidante - trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; **MG:** molto grave - trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA	Gravità				
------	---------	--	--	--	--

(barrare la casella che interessa come da legenda)

solo per la patologia più grave

PATOLOGIE CARDIACHE	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
---------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

IPERTENSIONE (si valuta la severità)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

APPARATO RESPIRATORIO	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
-----------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

FEGATO	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

RENE	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

## ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare:
Lesione da decubito			Sede: Stadio:
Dialisi			Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria			Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
Alimentazione artificiale			SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza			Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento			Bastone e/o deambulatore: Carrozzina:
Protesi			Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
Disorientamento tempo/spazio			Note:
Vagabondaggio			Note:
Agitazione psico-motoria			Note:
Inversione ritmo sonno-sveglia			Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente			Obesità: Sottopeso:
Allergie a farmaci			Specifica:
Allergie ad alimenti			Specifica:



**TERAPIA IN ATTO**

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

**DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE**

Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici, ...). Elencare documentazione prodotta:

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

Recapito telefonico del Medico .....

Firma del Medico

.....