



Riservato alla Struttura
ID Utente
Data Accettazione

DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A./CDI

SEZ. 1 DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

COGNOME E NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ (PROV.) DATA _____ M F

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ (PROV.) IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

TELEFONO/CELL. _____ E - MAIL _____

DOMICILIO IN _____ ()
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA _____ N° _____ TELEFONO/CELL. _____

EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

COGNOME E NOME _____ TELEFONO _____

CITTA' _____ VIA/PIAZZA _____ N° CIVICO _____

ATTO N° _____ DEL _____ TRIBUNALE DI _____

PERSONA DI RIFERIMENTO

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____ IN VIA/PIAZZA _____ N. _____

GRADO DI PARENTELA _____ E-MAIL _____

TELEFONO/CELL. _____ ALTRI RECAPITI TELEFONICI _____

URGENZA DELLA DOMANDA:

ESTREMA

ORDINARIA

INSERIMENTO IN LISTA
D'ATTESA A SCOPO
PREVENTIVO



Sistema Socio Sanitario



MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> STATO DI SALUTE | <input type="checkbox"/> SOLITUDINE |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMI FAMILIARI | <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare):.....
..... |
| <input type="checkbox"/> CONDIZIONI ABITATIVE | <input type="checkbox"/> ALLOGGIO NON ADEGUATO |
| <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA | <input type="checkbox"/> EVENTUALE SFRATTO |

SEZ. 2 DATI PERSONALI

IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> CONSENZIENTE | <input type="checkbox"/> INDIFFERENTE | <input type="checkbox"/> NON IN GRADO DI DECIDERE |
| <input type="checkbox"/> CONTRARIO | <input type="checkbox"/> NON INFORMATO | |

LA RICHIESTA È PER UN RICOVERO:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TEMPORANEO | <input type="checkbox"/> DEFINITIVO |
|-------------------------------------|-------------------------------------|

PENSIONE TIPO :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANZIANITA' - VECCHIAIA | <input type="checkbox"/> REVERSIBILITÀ | <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ SOCIALE |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (indicare il tipo) | | <input type="checkbox"/> NESSUNA PENSIONE |

INVALIDITÀ CIVILE:

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> IN CORSO | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA, AL _____% | <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA |
|-----------------------------------|--|---|

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NON RICONOSCIUTA | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) | <input type="checkbox"/> CIECO ASSOLUTO |
| <input type="checkbox"/> IN ATTESA | | <input type="checkbox"/> CIECO CON RESIDUO VISIVO |
| <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA | | <input type="checkbox"/> INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO |
| | | <input type="checkbox"/> SORDOMUTO |

RICONOSCIMENTO L. 104 /92

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> IN CORSO | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|

SEZ. 3 RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI

ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AL PROPRIO DOMICILIO | <input type="checkbox"/> PRESSO PROPRI FAMILIARI |
| <input type="checkbox"/> IN OSPEDALE (INDICARE QUALE).....
.....
REPARTO..... | <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)
.....
REPARTO |
| <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)
..... | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |



Sistema Socio Sanitario



SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:

- DI PROPRIETA' IN AFFITTO

SITUAZIONE FAMILIARE:

- VIVE SOLO NON VIVE SOLO (CONIUGE, FIGLIO/A, BADANTE, ALTRO)

DA QUANTO TEMPO?.....

IL CONVIVENTE È:

- AUTOSUFFICIENTE PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

ELENCO DEI PRINCIPALI FAMIGLIARI O PARENTI

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, via, n°civico)	TELEFONO	CONVIVENTE?	
1					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

SERVIZI TERRITORIALI DI CUI USUFRUISCE:

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
<input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE <input type="checkbox"/> PULIZIA CASA <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA <input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA <input type="checkbox"/> PASTO CALDO <input type="checkbox"/> TELESOCCORSO <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____	<input type="checkbox"/> M.M.G. <input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE <input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____

ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

- CENTRO PSICOSOCIALE CENTRO DIURNO ANZIANI CENTRO DIURNO INTEGRATO

USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDI A DOMICILIO:

- CARROZZINA MATERASSO ANTIDECUBITO SOLLEVATORE
 ALTRO (specificare).....

Parte riservata alla struttura



SEZ. 4 Informativa privacy UE 2016/679

Ai sensi della legislazione vigente con particolare riferimento al Regolamento UE 2016/679.

Il Titolare del trattamento **Cooperativa Sociale Virtus**

La informa che per quanto riguarda la tutela della privacy ha adottato tutti gli adempimenti ed ha impartito le istruzioni necessarie ai propri operatori, al fine di migliorare l'offerta dei propri servizi e di garantire la tutela della riservatezza dei propri utenti.

La informo sin d'ora che i dati da Lei conferiti saranno trattati secondo quanto di seguito riportato:

- le finalità del trattamento:

Trattamento effettuato per esclusive finalità contrattuali con i propri clienti disciplinati dal codice civile italiano e successive leggi speciali,

Gestione della clientela

- le modalità del trattamento:

Organizzazione degli archivi in forma prevalentemente automatizzata

- le categorie di soggetti, ai quali i dati possono essere comunicati:
enti pubblici per fini fiscali, contrattuali, di pubblica sicurezza;
consulenti legali, fiscali, previdenziali e del lavoro;
Cooperative o ditte nominate responsabile del trattamento dei dati personali degli ospiti del CDI.

La informiamo inoltre che il conferimento dei dati personali richiesti è facoltativo e che il mancato conferimento degli stessi comporta l'impossibilità del trattamento dei dati personali e con essa l'impossibilità di dar seguito a ogni eventuale adempimento contrattuale.

Titolare del Trattamento è **Cooperativa Sociale Virtus** (Legale rappresentante Coppola Gianni) con **sede operativa in Via Cantù 7- 20813- Bovisio Masciago (MB)**.

Un elenco completo e aggiornato dei responsabili del trattamento è disponibile presso la sede.

La informiamo altresì che Lei può esercitare i diritti previsti dal regolamento UE 2016/679, presentando istanza alla segreteria o ad uno dei Responsabili del Trattamento.

Firma per ricevuta, presa visione ed accettazione.....

Autorizzazione al trattamento dei dati sensibili e degli eventuali dati giudiziari ai sensi dell'art. 9 e 10 del Regolamento UE 2016/679.

Con la presente autorizza inoltre il trattamento dei propri dati sensibili connessi al rapporto con il Titolare del trattamento in quanto trattati in adempimento delle specifiche leggi che disciplinano la materia.

Autorizzo inoltre l'eventuale trattamento dei propri dati giudiziari.

Firma per ricevuta, presa visione ed accettazione.....

LA RICHIESTA VIENE INOLTRATA:

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO | <input type="checkbox"/> ALTRO |
| <input type="checkbox"/> DA UN PARENTE
(specificare)..... | (specificare)..... |

(NOME E COGNOME) _____ tel. _____

Il sottoscritto _____ dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato e che, al fine di adempiere a tutte le procedure d'ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna altresì a comunicare al CDI l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, ecc)

Firma dell' interessato o del richiedente _____

Data _____

INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio dell' Agenzia della Salute (ATS) della Brianza. La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai medici di famiglia di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una persona accolta in RSA o in un CDI. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

1	Assente	Nessuna compromissione di organo o sistema
2	Lieve	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente.
3	Moderato	La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario. La prognosi può essere buona.
4	Grave	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
5	Molto grave	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

- **Ipertensione:** il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;
- **Disturbi vascolari:** comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;
- **Apparato gastroenterico superiore:** comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari
- **Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo:** comprende le lesioni da decubito
- **Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE
PER L'INGRESSO IN R.S.A./CDI

Sig./ra _____

Data di nascita _____

Tessera sanitaria _____

Esenzione _____

Data compilazione _____

Sez. 1 PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITÀ

	1	2	3	4	5	Data insorgenza
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	
Patologie cardiache Specificare: _____ _____						
Iperensione arteriosa Specificare: _____ _____						
Patologie vascolari Specificare _____ _____						
Patologie respiratorie Specificare _____ _____						
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____ _____						
Patologie epatiche Specificare _____ _____						
Patologie renali Specificare _____ _____						
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____ _____						
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____ _____						



	1	2	3	4	5	
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	Data insorgenza
Patologie neurologiche centrali e periferiche (include demenze) specificare _____						
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici) specificare _____						
Patologie psichiatrico-comportamentali(incluse le demenze) Specificare _____						

Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NESSUNO | <input type="checkbox"/> DISFAGIA |
| <input type="checkbox"/> STATO NUTRIZIONALE SODDISFACENTE | <input type="checkbox"/> DIETA FRULLATA O OMOGENEIZZATA |
| <input type="checkbox"/> OBESITÀ | <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ENTERALE: |
| <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE | ○ SONDINO NASO - GASTRICO |
| <input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO | ○ GASTROSTOMIA (PEG) / DIGIUNOSTOMIA |
| <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE | <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE |
| <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA CON AIUTO | |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE | |

Diabete mellito

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TRATTATO CON LA SOLA DIETA | <input type="checkbox"/> INSULINOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> FARMACI ANTIDIABETICI ORALI | |

Lesioni cutanee

- LESIONI DA DECUBITO SEDE: _____ STADIO _____
- LESIONI VASCOLARI SEDE: _____ STADIO _____

Coma o stato vegetativo

Sclerosi Laterale Amiotrofica

Linguaggio

- NORMALE
- DISARTRIA
- AFASIA ESPRESSIVA
- DI COMPrensIONE
- GLOBALE

Vista ed udito

- VEDE E SENTE BENE
- NON VEDE
- NON SENTE
- DEFICIT CORRETTO DA PROTESI E/O OCCHIALI IN USO

Igiene

- SI LAVA AUTONOMAMENTE
- NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE
- TOTALMENTE DIPENDENTE

Capacità di vestirsi / svestirsi

- SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE
- NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTIRSI
- TOTALMENTE DIPENDENTE

Mobilità	Cadute negli ultimi 3 mesi
<input type="checkbox"/> SI MUOVE AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> SI MUOVE CON DEAMBULATORE <input type="checkbox"/> IN CARROZZINA <input type="checkbox"/> ALLETTATO	<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> 1 – 3 VOLTE <input type="checkbox"/> PIÙ DI TRE VOLTE
Terapia riabilitativa in corso	Assistenza respiratoria
<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> POST-ACUTA <input type="checkbox"/> DI MANTENIMENTO	<input type="checkbox"/> OSSIGENO OCCASIONALMENTE <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 GASSOSO <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 LIQUIDO <input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

Minzione e Evacuazione

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA | <input type="checkbox"/> NEFROSTOMIA |
| <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE AD INTERMITTENZA | <input type="checkbox"/> STIPSI (BISOGNO DI CLISTERI EVACUATIVI) |
| <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA | <input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA |
| <input type="checkbox"/> URETEROCUTANEOSTOMIA | |

Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> NESSUNO | <input type="checkbox"/> DISFORIA/EUFORIA E/O COMPORTAMENTI DISINIBITI |
| <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE O PER EVENTI RECENTI | <input type="checkbox"/> DELIRI E ALLUCINAZIONI |
| <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA SEVERA O NON RAMMENTA NULLA | <input type="checkbox"/> STATO ANSIOSO |
| <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NEL TEMPO | <input type="checkbox"/> TONO DELL'UMORE DEFLESSO |
| <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NELLO SPAZIO | <input type="checkbox"/> APATIA, RITIRO SOCIALE, PERDITA DI INTERESSI |
| <input type="checkbox"/> COMPLETA CONFUSIONE SENZA CAPACITÀ DI RELAZIONE CON L'ESTERNO | <input type="checkbox"/> TENTATI SUICIDI |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMI DI LINGUAGGIO E/O DEFICIT DI COMPrensIONE | <input type="checkbox"/> ETILISMO ATTUALE |
| <input type="checkbox"/> FACILE IRRITABILITÀ | <input type="checkbox"/> ETILISMO PREGRESSO |
| <input type="checkbox"/> CAMMINO INCESSANTE SENZA UN PRECISO SCOPO O AFFACCENDAMENTO | <input type="checkbox"/> AGGRESSIVITÀ VERSO SÉ E/O VERSO ALTRI |
| <input type="checkbox"/> URLA O LAMENTAZIONI O VOCALISMI RIPETITIVI | <input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, SONO STATI UTILIZZATI MEZZI DI PROTEZIONE/CONTENZIONE |
| <input type="checkbox"/> DISTURBI DEL SONNO (EVENTUALE SPECIFICA) | <input type="checkbox"/> ALTRO |

Terapia dialitica

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIALISI PERITONEALE | <input type="checkbox"/> DIALISI EXTRACORPOREA |
|--|--|

Radioterapia

Chemioterapia



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Allergie a farmaci

- NO
- SI quali? _____

Il soggetto è esente da malattie infettive e contagiose e può vivere in comunità? SI NO

Eventuali note: _____

Timbro e firma del Medico

Telefono
