



DOMANDA DI ACCOGLIENZA

Il modulo necessario per presentare la Domanda di Accoglienza ai servizi gestiti dalla Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. è costituito da quattro parti:

- una **DOMANDA DI INSERIMENTO** da compilare a cura dell'interessato o dei familiari
- una **INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI** (Privacy) da compilare a cura dell'interessato o dei familiari
- una **SCHEDA SANITARIA** da far compilare al Medico
- un modulo **GEFI** da far compilare al Medico (per RSA, CDI, MAP)

La Domanda di Accoglienza può essere consegnata presso:

- i Centralini della Fondazione tutti i giorni dalle 8.00 alle 19.00; gli operatori del Centralino rilasciano apposita ricevuta di consegna
- l'Ufficio Accoglienza della Fondazione dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.30 **previo appuntamento**; la responsabile dell'Ufficio Accoglienza è a disposizione per un colloquio informativo al momento della consegna
- (per i residenti a Sesto S. G.) il Servizio Sociale Anziani e Disabili del Comune di Sesto S. Giovanni, Via B.Croce 84, il martedì e il giovedì dalle 9.00 alle 12.00

Dopo la presentazione della Domanda, per i residenti, può essere attivata la visita domiciliare, effettuata dai nostri operatori, per:

- stabilire un primo contatto di conoscenza con la persona anziana/disabile e la famiglia
- valutare insieme i bisogni di cura e di assistenza
- valutare insieme il servizio più adatto per l'inserimento nelle liste di attesa dei vari servizi

Al momento dell'ingresso, la persona anziana/disabile e il suo familiare o tutore si impegnano a:

- sottoscrivere il contratto di ricovero
- versare una cauzione pari a una retta
- liquidare mensilmente la retta

La signora Maria Arena, responsabile dell'Ufficio Accoglienza, è a disposizione, su appuntamento, per un incontro di orientamento con la persona anziana/disabile e con i familiari per valutare insieme le possibilità che offriamo.

Durante il colloquio è anche possibile visitare le strutture e i servizi.

Per fissare l'appuntamento potete scrivere a accoglienza@fondazioneapelucca.org o telefonare al n° **02.24.83.240**.

Per informazioni circa la possibilità di contributo economico vi potete rivolgere a:

- Servizio Anziani e Disabili del Comune di Sesto S. G., via B. Croce 84, il martedì e il giovedì dalle 9 alle 12 (per i residenti a Sesto S. G.)

Le rette per i nostri servizi sono le seguenti:

**Residenza Sanitaria Assistenziale La Pelucca
via Campanella 8 ! 'GYgnc'GUb';]cj Ubb]**

Camera a 1 posto letto	€ 82,54
Camera a 2 posti letto (con bagno esclusivo)	€ 78,46
Camera a 2 posti letto	€ 77,44
Camera a 3 posti letto	€ 70,31
Mini Alloggio Protetto (retta mensile)	€ 899,46

**Residenza Sanitaria Disabili Villa Pelucca
via Campanella 8 ! 'GYgnc'GUb';]cj Ubb]**

Camera a 1 posto letto	€ 150,00
Camera a 2 posti letto	€ 150,00
Camera a 3 posti letto	€ 150,00

**Residenza Sanitaria Assistenziale Monsignor Olgiati
via Boccaccio 354 ! 'GYgnc'GUb';]cj Ubb]**

Camera a 2 posti letto (residenti a Sesto S. G.)	€ 78,46
Camera a 2 posti letto (non residenti a Sesto S. G.)	€ 80,50
Centro Diurno Integrato (retta giornaliera)	€ 28,00

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1-7 (MILANO E AREA NORD)

RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: casa/ufficio _____

Recapiti telefonici: cellulare _____

E-mail: _____ @ _____ . _____

Altri riferimenti: _____

In qualità di _____

RICHIESTE INSERIMENTO PRESSO LA RSA PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Numero documento di identità _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Esenzione _____

ATS di appartenenza _____ Distretto _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapito Telefonico _____

Cittadinanza _____

Religione _____

Compilare solo se occorre

- Domicilio differente dalla residenza:

Domiciliato in _____ CAP _____

Via / Corso _____

- Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

- Condizioni abitative non idonee
- Vive solo/sola
- Perdita autonomia
- Quadro clinico compromesso
- Mantenimento/miglioramento capacità residue
- Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)

PROVENIENZA

- Domicilio
- Istituto di ricovero per acuti (ospedale)
- Struttura psichiatrica
- Istituto di riabilitazione
- Altra RSA
- Altro: _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO

- Tempo determinato
- Lungodegenza

Preferenza tipologia di camera:

CONVENZIONE

- NO
- SI, con il seguente ente:

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO

SI NO, motivazione: _____

note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA

Con chi vive:

- Solo
- Coniuge
- Figli
- Altri parenti: _____
- Badanti

Presenza:

- Altro: _____

- Casa di proprietà
- Affitto
- Casa ALER
- Usufrutto
- Altro: _____

TUTELA

NO SI:

- Amministrazione di sostegno**
 - In corso
 - Numero decreto: _____
- Interdizione
- Altro: _____

Nome e Cognome AdS/Tutore:

Qualifica:

- Familiare: _____
- Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.)

Recapiti:

SITUAZIONE FAMILIARE

Coniugato/a
 Divorziato/a
 Celibe/nubile
 Separato/a
 Vedovo/a
 Non dichiarato
 Altro: _____

Fratelli (N:))
 Sorelle (N:))

Figli (N:))
 Figlie (N:))

SITUAZIONE ECONOMICA

Nessuna pensione
 Anzianità/vecchiaia
 Minima/sociale
 Guerra/infortunio sul lavoro, etc
 Reversibilità

In attesa di invalidità
 Invalidità
 ↳ Codice: _____

↳ Percentuale: _____ %

↳ Indennità accompagnamento
 SI NO
 in attesa di accompagnamento

LIVELLO DI ISTRUZIONE

Nessuno
 Licenza elementare
 Diploma medie inferiori
 Diploma medie superiori in _____

Laurea in: _____

Altro: _____

PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO

Casalinga
 Agricoltore
 Operaio, ambito _____
 Impiegato, ruolo _____
 Artigiano, ambito _____
 Insegnante, in _____
 Imprenditore, ambito _____
 Libero Professionista, _____
 Altro _____

SERVIZI SOCIO SANITARI

Servizi Socio Sanitari attivi: NO SI (specificare):

CMA di zona _____ Assistente sociale: _____
 Recapiti: _____
 Tipo di servizi usufruiti: _____

Custode sociale – Portierato Sociale _____
 ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
 CDI (Centro Diumo Integrato) _____
 CPS (Centro Psico Sociale) _____
 Associazioni di volontariato _____
 Altro (ad esempio: telesoccorso, etc) _____

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- Direttamente
- Servizio Sociale di: CMA Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista _____
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↪ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↪ TESSERA SANITARIA
- ↪ EVENTUALI ESENZIONI
- ↪ VERBALE INVALIDITÀ
- ↪ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del D.L.gs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: ____ / ____ / 20__

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Ai sensi dell'art. 13 del D.L. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali, d'ora in avanti Codice sulla Privacy)

LA INFORMIAMO CHE

- a) i dati personali e sensibili che La riguardano e da Lei forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite o da altre fonti, saranno trattati nel rispetto del Codice sulla Privacy e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta la Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. di Sesto San Giovanni. Tali dati, tra cui sono ricompresi i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, saranno oggetto di trattamento solo con il consenso dell'interessato. Il trattamento dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale è consentito in virtù degli articoli 75 e seguenti del Codice sulla Privacy ed in quanto è necessario per lo svolgimento dell'attività istituzionale della Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. di Sesto San Giovanni;
- b) i dati personali e sensibili saranno trattati per fini diagnostico-terapeutici e per i dovuti adempimenti amministrativi; potranno essere trattati in forma anonima al fine di svolgere indagini epidemiologiche e similari, per fini di ricerca scientifica e/o per sondaggi inerenti alla qualità delle prestazioni ricevute nella Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. di Sesto San Giovanni;
- c) i dati personali e sensibili saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge;
- d) i dati personali che La riguardano saranno trattati esclusivamente per gli scopi indicati in questa informativa. Il trattamento dei dati avverrà mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti automatizzati, l'accesso ed il trattamento dei dati sono consentiti al personale della Fondazione appositamente autorizzato, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali e con l'adozione delle misure minime di sicurezza prescritte dal Codice sulla Privacy;
- e) il trattamento dei dati essenzialmente consiste nella:
- istituzione di una scheda personale (cartella clinica, scheda infermieristica o altri documenti simili) contenente dati anagrafici, amministrativi, fiscali, sanitari che sono necessari ed indispensabili per fini diagnostici-terapeutici e per i dovuti adempimenti amministrativi;
 - stesura di referti e certificazioni;
 - redazione di documenti obbligatori ai fini amministrativi e/o fiscali;
- f) il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia gli stessi sono indispensabili per lo svolgimento delle attività di cui al punto b) e pertanto il mancato conferimento può comportare per la Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. un impedimento nel fornire le prestazioni e le cure richieste;
- g) i Suoi dati personali e sensibili possono essere comunicati per le finalità di cui sopra, ai responsabili ed incaricati del trattamento della Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. di Sesto San Giovanni, ad Aziende Sanitarie Locali, ad Aziende Ospedaliere e strutture accreditate con il SSR, ad altri organismi del Servizio Sanitario Nazionale, Enti Previdenziali, ed a terzi soggetti destinatari per legge o per regolamento. Inoltre essi possono essere comunicati alle forze di polizia, all'autorità giudiziaria, ad organismi di informazione e sicurezza o ad altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione di reati;
- h) i dati idonei a rivelare lo stato di salute non saranno oggetto di diffusione;
- i) il Titolare del trattamento è la Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. di Sesto San Giovanni con sede in Via Campanella 8/10 a Sesto San Giovanni, nella persona del Direttore Generale. L'interessato può rivolgersi presso la Direzione per acquisire informazioni del trattamento e per far valere i Suoi diritti stabiliti dal Codice sulla Privacy;
- j) in ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs.196/2003.

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il/la sottoscritta/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via/P.za _____ n _____
acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art.13 decreto legislativo n.196/2003 e consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati sensibili di cui all'art4 lett. d) del suddetto decreto legislativo, compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale

presta il suo consenso al trattamento dei propri dati personali

Tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato.

Data _____ Firma _____

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1-7 (MILANO E AREA NORD)**

La scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di Milano e Area Nord (Distretti 1 – 7).

Il suo obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso la RSA.

La scheda sanitaria deve essere compilata, in maniera completa e leggibile.

Cognome e Nome

Data di nascita / /

luogo di nascita

QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iperensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato (solo fegato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rene (solo rene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stato mentale e comportamentale (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE (IN ATTO)

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI

Autonomia nel movimento*	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione*	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data ultimo posizionamento: / / 20.....
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, Sede:.....
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Sede:
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede: Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede: Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Sede:

Cadute ricorrenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Specificare:
-------------------	--

Deficit sensoriali

Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Corretta con protesi

*È possibile barrare più caselle

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma /stato vegetativo (GCS:..... /15)	
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Di che tipo:	
Crisi d'ansia / attacchi di panico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale	
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia	
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole /tentativo di fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Di che tipo:	
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso Di che tipo:	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data: / /	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	
Eventuali note e osservazioni:		

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi /necessita di imboccamento	
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI,Di che tipo:	
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG	Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferico <input type="checkbox"/> centrale
Peso corporeo: kg	Altezza: cm	
Allergie	<input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI,Di che tipo:	

TERAPIA

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

ALTRI TRATTAMENTI TERAPEUTICI:

Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dialisi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc)	

EVENTUALE APPROFONDIMENTO:

.....

.....

.....

.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): / / 20....

<p>Nome e Cognome medico curante:</p> <p>Recapito</p> <p>tel.diretto.....</p> <p>fax</p> <p>e-mail diretta:@.....</p>	<p>Timbro e firma del medico curante</p>
---	--

Data di compilazione: / / 20.....



Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s.
VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (GEFI)

COGNOME E NOME	DATA VALUTAZIONE

FATTORI MEDICO – BIOLOGICI sez. A

GE 1 – CAPACITÀ DI MOVIMENTO			GE 6 – LESIONI DA PRESSIONE		
Cammina autonomamente	0	Assenti	0		
Cammina con bastone o altro supporto	10	Superficiali (stadio I e II)	25		
Seduto su carrozzina	50	Profonde (stadio III)	75		
Allettato	100	Profonde (stadio IV)	100		
GE 2 – STATO MENTALE			GE 7 – ALIMENTAZIONE		
Parla e comprende	0	Mangia da solo	0		
Comprende soltanto	25	Necessita di aiuto e/o supervisione	25		
Non comprende	75	Deve essere imboccato	50		
Comportamento aggressivo/pericoloso	100				
GE 3 – ORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE			GE 8 – IGIENE PERSONALE E ABBIGLIAMENTO		
Orientato	0	Autonomia e sufficienza completa	0		
Parzialmente orientato	25	Necessita di aiuto e/o supervisione	25		
Disorientato frequentemente	50	Deve essere lavato e vestito	50		
Stabilmente disorientato	75				
GE 4 – FUNZIONI SENSORIALI			GE 9 – RITMO SONNO-VEGLIA		
Apparentemente normali	0	Regolare	0		
Deficit tatto/gusto	5	Irrequietezza notturna	10		
Deficit uditivo	15	Sonnolenza diurna e irrequietezza notturna	25		
Deficit visivo	25	Completa alterazione (inversione di ritmo)	50		
Deficit visivo grave	50				
Deficit visivo grave deficit uditivo e/o visivo globale	100				
GE 5 – CONTROLLO SFINTERI			GE 10 – CONDIZIONI DI SALUTE		
Controllo completo	0	Buona salute non necessita di cure mediche	0		
Incontinenza urinaria episodica	10	Necessita di cure mediche saltuarie	5		
Incontinenza urinaria notturna	25	Necessita di cure mediche settimanali	25		
Incontinenza urinaria diurna	30	Necessita di cure mediche quotidiane	75		
Portatore di catetere a permanenza	50				
Incontinenza doppia (urinaria e fecale)	100				

FATTORI SOCIO - AMBIENTALI sez. B

GE 11 – FABBISOGNO ASSISTENZA INFERMIERISTICA			GE 14 – SITUAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA		
Buona salute, non necessita di assist. infermieristica	0	Completamente sufficiente	0		
Necessita di saltuaria assist. infermieristica	5	Necessita di aiuto da parte dei parenti	5		
Necessita supervisione nell'assunzione di medicinali	10	Necessita di aiuto di conoscenti o volontari	15		
Necessita di assist. Infermieristica 1 v./settimana	25	Precarietà	20		
Necessita di assist. Infermieristica quotidiana	50	Povertà estrema	25		
GE 12 – SITUAZIONE ABITATIVA DOMICILIARE			GE 15 – CONTATTO SOCIALE		
Alloggio idoneo	0	Attivo e autonomo senza limitazioni geografiche	0		
Mancanza di alcuni servizi all'interno dell'alloggio	15	Autonomo nell'ambito del quartiere o paese	10		
Barriere architettoniche	25	Limitato al vicinato	25		
GE 13 – SITUAZIONE FAMILIARE			Limitato alla famiglia	35	
Famiglia collaborante, in grado di fornire assistenza	0	Isolamento	50		
Famiglia che necessita di aiuto per la cura	25				
Famiglia incapace o non collaborante	35				
Senza famiglia o amici	50				

(GE-TOT) INDICE GLOBALE GEFI _____/1000
INDICE SUBTOTALE GEFI (SEZ. A) _____/800
INDICE SUBTOTALE GEFI (SEZ. B) _____/200

Timbro e firma del Medico