



## 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 e di tutti i familiari che lasciano i propri dati
- una **SCHEDE 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](mailto: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 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 ! 'GYgħc'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 Alloggi per anziani (affitto mensile)	€ 899,46

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

Camera a 1 posto letto	€ 120,00
Camera a 2 posti letto	€ 120,00
Camera a 3 posti letto	€ 120,00

**Residenza Sanitaria Assistenziale Monsignor Olgiati  
via Boccaccio 354 ! 'GYgħc'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 PRESSO LA RSD VILLA PELUCCA

### RICHIEDENTE

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

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 \_\_\_\_\_

### RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSD 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 IN SERIMENTO
<input type="checkbox"/> Condizioni abitative non idonee <input type="checkbox"/> Vive solo/sola <input type="checkbox"/> Perdita autonomia <input type="checkbox"/> Quadro clinico compromesso <input type="checkbox"/> Mantenimento/miglioramento capacità residue <input type="checkbox"/> Altro (ad es: problematiche sociofamiliari) _____

PROVENIENZA
<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Istituto di ricovero per acuti (ospedale) <input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica <input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione <input type="checkbox"/> Altra RSD <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO
<input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Lungodegenza  Preferenza tipologia di camera: _____

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente: _____ _____

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, motivazione: _____ note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA
Con chi vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Genitori <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti: _____ <input type="checkbox"/> Badanti Presenza: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____  <input type="checkbox"/> Casa di proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Casa ALER <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Altro: _____

TUTELA
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> <b>Amministrazione di sostegno</b> <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Numero decreto: _____ <input type="checkbox"/> Interdizione <input type="checkbox"/> Altro: _____  Nome e Cognome AdS/Tutore: _____ _____  Qualifica: <input type="checkbox"/> Familiare: _____ <input type="checkbox"/> 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  
 Invalidità civile  
 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**

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) \_\_\_\_\_  
 CDD (Centro Diurno Disabili) \_\_\_\_\_  
 CSE (Centro Socio Educativo) \_\_\_\_\_  
 CPS (Centro Psico Sociale) \_\_\_\_\_  
 Associazioni di volontariato \_\_\_\_\_  
 Altro (ad esempio: telesoccorso, etc) \_\_\_\_\_

<p>COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Direttamente</li> <li><input type="checkbox"/> Servizio Sociale di: <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> Ospedale</li> <li><input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante)</li> <li><input type="checkbox"/> Medico specialista _____</li> <li><input type="checkbox"/> Passaparola</li> <li><input type="checkbox"/> Pubblicità</li> <li><input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni</li> <li><input type="checkbox"/> Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Associazioni _____</li> </ul>
---

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:

---

<p>NOTE:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--



# Ente Gestore Fondazione "La Pelucca" **INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

**Ai sensi degli artt. 12 e 13 del Reg. UE 2016/679  
(Regolamento in materia di protezione dei dati personali)**

Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca onlus

## **LA INFORMA CHE**

### **A. Titolare del trattamento**

Il titolare del trattamento dei dati è Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca onlus (di seguito Fondazione) con sede legale in Sesto San Giovanni (MI) via Tommaso Campanella 8/10 Codice Fiscale 85001850156 Partita IVA 00987080967 telefono 02.2483240 [pelucca@pec.it](mailto:pelucca@pec.it), a cui ci si può rivolgere per far valere i propri diritti, anche direttamente all'indirizzo [privacy@fondazionepelucca.org](mailto:privacy@fondazionepelucca.org).

L'elenco dei Responsabili dei trattamenti è disponibile negli uffici amministrativi della Fondazione.

### **B. Finalità del trattamento**

- 1) I dati saranno trattati per lo **svolgimento dei servizi richiesti** alla Fondazione o delle attività previste dal contratto e per i dovuti adempimenti amministrativi; a solo titolo esemplificativo e non esaustivo si citano ad esempio: servizi di RSA, RSD, CDI, Hospice, assistenza domiciliare, consulenza, fornitura di beni e servizi.

I dati saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi e regolamenti nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge.

- 2) I dati 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 dalla Fondazione.
- 3) Infine i dati potranno essere trattati per fini di **informazione e promozione** della Fondazione (ad esempio inviti ad eventi, pubblicazione di immagini sul sito o sui social network).

### **C. Modalità di trattamento**

Il trattamento dei dati potrà essere effettuato in forma cartacea ed elettronica, con accesso consentito solo agli operatori autorizzati dalla Fondazione.

### **D. Destinatari dei dati**

I suoi dati possono essere comunicati per le finalità di cui sopra, ai responsabili ed incaricati del trattamento della Fondazione, alle aziende che forniscono servizi alla Fondazione necessari per lo svolgimento della propria attività, ad altri soggetti competenti secondo quanto richiesto dalla normativa vigente.

Inoltre essi possono essere comunicati alle forze di polizia, all'autorità giudiziaria, o ad altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione di reati.

### **E. Periodo di conservazione**

I dati saranno conservati fino al termine del rapporto contrattuale o del servizio svolto dalla Fondazione.

I dati saranno poi conservati nell'archivio corrente della Fondazione fino ai termini previsti dalla legge e, se di rilievo, a tempo indeterminato nell'archivio storico della Fondazione.

### **F. Diritti degli interessati**

In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ovvero: accesso ai dati, rettifica e integrazione dei dati, cancellazione dei dati (se non in contrasto con la normativa vigente), portabilità dei dati (cioè ricevere i propri dati in un formato elettronico leggibile o trasmetterli ad altro titolare), limitazione del trattamento, diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo (Garante).

### **G. Conseguenze del mancato consenso al trattamento**

Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia gli stessi sono indispensabili per lo svolgimento delle attività di cui al **punto B1** e pertanto il mancato conferimento può comportare per la Fondazione un impedimento nel fornire i servizi richiesti o a sottoscrivere il rapporto contrattuale.



Ente Gestore Fondazione "La Pelucca"  
**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO  
DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Il consenso al trattamento per fini scientifici, di ricerca, di informazione e promozione (**punti B2 e B3**) è facoltativo e il mancato consenso non preclude in alcun modo la fornitura dei servizi richiesti o la sottoscrizione del rapporto contrattuale.

L'interessato ha diritto in qualsiasi momento di modificare o revocare i consensi dati per ciascuno dei trattamenti rivolgendosi alla Fondazione.

**H. Categorie di dati trattati**

Dati anagrafici	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati bancari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati biometrici (comprese le immagini)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati culturali-sociali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati economico-finanziari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati genetici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati giudiziari-penali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati politici-sindacali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati razziali-etnici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati religiosi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati sanitari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati sessuali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**CONSENSI AL TRATTAMENTO DEI DATI**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_  
IN QUALITÀ DI  
 INTERESSATO  
 TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/FAMILIARE DEL SIG./RA \_\_\_\_\_

DOPO AVER PRESO VISIONE DELLE INFORMAZIONI DI CUI SOPRA

**DICHIARA**

DI DARE IL CONSENSO  
AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, NEI MODI E PER LE FINALITÀ SOPRA INDICATE AL **PUNTO B1**

DATA \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

DI DARE IL CONSENSO  
AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, NEI MODI E PER LE FINALITÀ SOPRA INDICATE AL **PUNTO B2**

DATA \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

DI DARE IL CONSENSO  
AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, NEI MODI E PER LE FINALITÀ SOPRA INDICATE AL **PUNTO B3**

DATA \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_



## **NOTIZIE DI CARATTERE GENERALE**

Ultima classe frequentata: \_\_\_\_\_ nell'anno \_ \_ \_ \_

La persona ha un rapporto particolarmente positivo con un determinato componente della sua famiglia?

---

---

---

---

Esistono persone esterne alla famiglia che si occupano di lui/lei?

---

---

---

---

Ha già trascorso dei periodi di tempo lontano dalla famiglia?

---

---

---

---

---

---

---

Frequenta strutture diurne quali centri socio-educativi, cooperative, associazioni, ecc.?

---

---

---

---

---

## ALIMENTAZIONE

Cosa mangia abitualmente a:

COLAZIONE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PRANZO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MERENDA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CENA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quali cibi si devono evitare perché è intollerante/allergico?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quali cibi non gradisce?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiara le sue preferenze?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si versa da solo le bevande?            O si                            O no

Cosa beve ?            O vino   O acqua   O caffè   O the   O altro: \_\_\_\_\_

Quanto mangia?            O molto                    O normale                    O poco

Mangia da solo/a?            O si                            O no

Deve essere aiutato/a?    O si                            O no

Deve essere imboccato/a?    O si                            O no

Sa usare le posate?            O si                            O no

Sa usare il bicchiere?    O si                            O no

Come deve essere il cibo?    O tagliato                    O tritato                    O frullato

## **IGIENE PERSONALE alvo e diuresi**

- Comunica i suoi bisogni fisiologici ?                    O si                    O no
- Si reca autonomamente in bagno ?                    O si                    O no
- Ha il controllo vescicale ?                    O si                    O no
- Effettua la minzione ad orari fissi ? \_\_\_\_\_
- Effettua il cateterismo vescicale estemporaneo?                    O si                    O no
- In quali orari ? \_\_\_\_\_
- Utilizza presidi per urinare quali uroguaine o altro? \_\_\_\_\_
- Il controllo anale è completo?                    O si                    O no
- Con quale periodicità evacua ? \_\_\_\_\_
- In quali orari? \_\_\_\_\_
- E' tendenzialmente stitico o diarroico? \_\_\_\_\_
- Fa uso di lassativi o microclismi o clismi? \_\_\_\_\_
- In quali orari ? \_\_\_\_\_
- Porta pannoloni per l'incontinenza? \_\_\_\_\_
- Solo di notte?                    O si                    O no

## **LIVELLO SENSORIALE**

- Soffre di disturbi all'udito ?                    O si                    O no
- Soffre di disturbi alla vista ?                    O si                    O no
- Soffre di disturbi al gusto ?                    O si                    O no
- Soffre di disturbi all'olfatto ?                    O si                    O no
- Soffre di disturbi al tatto ?                    O si                    O no
- Riconosce la differenza tra caldo e freddo ?                    O si                    O no

## **SFERA SESSUALE**

- Ha problemi legati alla sfera sessuale ?    O erezione    O fimosi    O sterilità
- O altro \_\_\_\_\_
- Ha un ciclo regolare ?                    O si                    O no
- Durante il ciclo soffre disturbi particolari ?                    O si                    O no
- E' sterile ?                    O si                    O no

## **IGIENE PERSONALE autonomia e dipendenza**

Ha cura di se stesso ? \_\_\_\_\_

---

Sa farsi il bagno o la doccia ? \_\_\_\_\_

- |  |                          |                          |                            |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sa farsi il bidet ?                            | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | Sa asciugarsi la schiena ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa lavarsi le mani ?                           | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | Sa asciugarsi le braccia ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa lavarsi il viso ?                           | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | Sa asciugarsi le mani ?    | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa lavarsi i denti ?                           | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | Sa asciugarsi il volto ?   | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa asciugarsi le gambe ?                       | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | Sa pettinarsi ?            | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa asciugarsi il tronco ?                      | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | Sa fonarsi i capelli ?     | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Sa curarsi le unghie delle mani ?              | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |                            |                          |                          |
| Sa curarsi le unghie dei piedi ?               | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |                            |                          |                          |
| Sa farsi la barba ?                            | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |                            |                          |                          |
| Sa usare gli assorbenti per il ciclo ?         | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |                            |                          |                          |
| E' autonomo/a nel vestirsi ?                   | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |                            |                          |                          |
| Sa abbottonare e sbottonare ?                  | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |                            |                          |                          |
| Sa allacciare le stringhe ?                    | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |                            |                          |                          |
| Sa infilarsi e sfilarsi i pantaloni ?          | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |                            |                          |                          |
| Sa infilarsi e sfilarsi la camicia ?           | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |                            |                          |                          |
| Sa infilarsi e sfilarsi le calze ?             | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |                            |                          |                          |
| Sa infilarsi e sfilarsi la biancheria intima ? | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |                            |                          |                          |
| Sa infilarsi e sfilarsi il maglione ?          | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |                            |                          |                          |

## **SONNO E VEGLIA**

Solitamente a che ora va a letto ? \_\_\_\_\_

Va accompagnato/a in camera ?                                  O si                                  O no

Necessita di assistenza per andare a letto o è autonomo ? \_\_\_\_\_

Si sveste da solo/a ?    O si    O no

Si addormenta subito ? \_\_\_\_\_

A che ora si alza abitualmente ? \_\_\_\_\_

Si sveglia da solo/a ? \_\_\_\_\_

Necessita di assistenza per alzarsi dal letto o è autonomo ? \_\_\_\_\_

Ha particolari abitudini prima di coricarsi ? \_\_\_\_\_

Ha particolari abitudini quando si sveglia al mattino ? \_\_\_\_\_

Come dorme? \_\_\_\_\_

Soffre di insonnia ?    O si    O no

Assume sonniferi ?    O si    O no

Il sonno è tranquillo ?    O si    O no

Si sveglia di notte ?    O si    O no

In quali orari? \_\_\_\_\_

Durante la notte ha bisogno di urinare ?    O si    O no

In quali orari ? \_\_\_\_\_

E' sonnambulo/a ?    O si    O no

## **COMUNICAZIONE**

Sa comunicare le sue necessità ?                      O si                      O no

Sa comunicare i suoi interessi ?                      O si                      O no

Sa raccontare una sua esperienza ?                      O si                      O no

Sa inserirsi in una discussione ?                      O si                      O no

Possiede un linguaggio verbale ma non comunica perché:

O pronuncia solo poche parole    O ha difetti di pronuncia    O è timido    O si isola    O è afasico

O altro \_\_\_\_\_

Non possiede un linguaggio verbale e comunica con :    O gesti                      O mimica facciale

O altro \_\_\_\_\_

Usa il computer ?                      O si                      O no

Chi lo/a comprende meglio? \_\_\_\_\_

Come esprime il proprio dolore fisico ?    O verbalmente                      O toccandosi la parte dolorante

O piangendo                      O urlando                      O altro \_\_\_\_\_

## **COMPRENSIONE**

Comprende i messaggi che gli/le vengono rivolti ?                      O si                      O no

Comprende solo discorsi completi legati a fatti reali ?                      O si                      O no

Comprende discorsi astratti ?                      O si                      O no

Capisce il linguaggio :    O verbale                      O mimico                      O gestuale

Ha una buona capacità di attenzione o si distrae facilmente ? \_\_\_\_\_

Memorizza con difficoltà ?                      O si                      O no

Che cosa memorizza più facilmente ? \_\_\_\_\_

Ricorda più facilmente fatti recenti o remoti? \_\_\_\_\_

Sa leggere e scrivere ?                      O si                      O no

Quali scolarità possiede ? \_\_\_\_\_

## **DEAMBULAZIONE ED ORIENTAMENTO**

Deambula autonomamente ?  O si  O no

Necessita di assistenza nella deambulazione ? \_\_\_\_\_

Deambula con bastoni ?  O si  O no

Deambula con stampelle ?  O si  O no

Deambula con deambulatore ?  O si  O no

Deambula con altri ausili ? \_\_\_\_\_

Sa fare le scale ?  O si  O no

Utilizza la carrozzina ?  O si  O no

La manovra autonomamente ?  O si  O no

Riesce a salirvi ed a scendervi autonomamente ?  O si  O no

Necessita di assistenza per salire e scendere dalla carrozzina ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La carrozzina deve essere spinta da una persona ?  O si  O no

Utilizza la carrozzina elettrica ?  O si  O no

Qual è il suo grado di autonomia nelle normali attività quotidiane? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E' in grado di utilizzare autonomamente i mezzi pubblici di trasporto ?  O si  O no

Deve essere sempre accompagnato/a nelle uscite dal centro ?  O si  O no

E' in grado di fare commissioni nei negozi in modo autonomo ?  O si  O no

Sa orientarsi al di fuori dal centro ?  O si  O no

Sa riconoscere il denaro ?  O si  O no

Sa utilizzarlo in modo appropriato ?  O si  O no

## COMPORAMENTI PARTICOLARI

Ci sono comportamenti particolari da segnalare?

O irascibilità      O aggressività      O fobie      O manie      O paure

O altro \_\_\_\_\_

In quali circostanze manifesta questi comportamenti particolari? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nei confronti di chi manifesta questi comportamenti? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---



## **TEMPO LIBERO**

Ha particolari hobby o passatempi? \_\_\_\_\_

---

---

---

Ascolta volentieri la musica ?                       si                       no

Che genere ? \_\_\_\_\_

Sa cantare?     si                       no

Sa suonare qualche strumento ? \_\_\_\_\_

Svolge qualche attività sportiva compatibile con la sua disabilità?

piscina     cavallo     palestra     atletica     altro \_\_\_\_\_

Assiste con piacere alle manifestazioni sportive?                       si                       no

Assiste con piacere ai concerti ?     si                       no

Assiste con piacere agli spettacoli teatrali ?                       si                       no

Guarda la televisione ?     si                       no

Che programmi preferisce ? \_\_\_\_\_

---

---

Partecipa a giochi di gruppo ?     si                       no

Note: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---



# SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LA RSD VILLA PELUCCA



La scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento nella RSD Villa Pelucca.  
 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 RSD.  
 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
<b>Patologie Cardiache (solo cuore)</b> 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"/>
<b>Iperensione</b> (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"/>
<b>Apparato vascolare</b> (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato respiratorio</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Occhi / O.R.L.</b> (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato digerente tratto superiore</b> (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato digerente tratto inferiore</b> (intestino, ernie)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fegato</b> (solo fegato)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rene</b> (solo rene)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie</b> (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato Muscolo-Scheletro e Cute</b> (muscoli, scheletro, tegumenti)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Patologie sistema nervoso</b> (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Patologie sistema Endocrino-Metabolico</b> (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stato mentale e comportamentale</b> (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, COMPORAMENTALI, 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)	
Deterioramento cognitivo		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Causa <input type="checkbox"/> trauma <input type="checkbox"/> congenito <input type="checkbox"/> patologia neurologica
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	
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**

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.....

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

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