



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 **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 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 ! '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	€ 120,00
Camera a 2 posti letto	€ 120,00
Camera a 3 posti letto	€ 120,00

**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 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 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 RSD
- 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
- Genitori
- 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
 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"> <input type="checkbox"/> Direttamente <input type="checkbox"/> Servizio Sociale di: <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante) <input type="checkbox"/> Medico specialista _____ <input type="checkbox"/> Passaparola <input type="checkbox"/> Pubblicità <input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> 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:

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



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 _____

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 ? si no

Sa comunicare i suoi interessi ? si no

Sa raccontare una sua esperienza ? si no

Sa inserirsi in una discussione ? si no

Possiede un linguaggio verbale ma non comunica perché:

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

O altro _____

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

O altro _____

Usa il computer ? si no

Chi lo/a comprende meglio? _____

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

piangendo urlando altro _____

COMPRENSIONE

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

Comprende solo discorsi completi legati a fatti reali ? si no

Comprende discorsi astratti ? si no

Capisce il linguaggio : verbale mimico gestuale

Ha una buona capacità di attenzione o si distrae facilmente ? _____

Memorizza con difficoltà ? si no

Che cosa memorizza più facilmente ? _____

Ricorda più facilmente fatti recenti o remoti? _____

Sa leggere e scrivere ? si 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
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)	
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.....