|  |
| --- |
| **MODULO UNICO DI INGRESSO PER INSERIMENTO NEI POSTI LETTO ACCREDITATI**  **NELLE R.S.A DELLA PROVINCIA DI LECCO** |

***SEZ. 1 DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE***

Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. ) Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 M 🞎 F

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. ) in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_

# Telefono/cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Eventuale Fax o E - mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 

# DOMICILIO IN **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_ )**

# CITTA’ (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

# VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

# Telefono/cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 

**EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Cognome e Nome Telefono

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ citta’ via/piazza n° civico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atto n° del Tribunale di

**PERSONA DI RIFERIMENTO**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ETÀ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. ) in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Eventuale Fax o E - mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono/cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Altri recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | AL PROPRIO DOMICILIO |  | PRESSO PROPRI FAMILIARI |
|  | IN OSPEDALE (INDICARE QUALE)  ……………………………………………………………………… |  | IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)  .................................................................. |
|  | REPARTO……………………………………………………….. |  | REPARTO ……………………………………………………. |
|  | IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)  ………………………………………………………………….. |  | DA QUANTO TEMPO  …………………………………………………………………….. |

**MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | STATO DI SALUTE |  | SOLITUDINE |
|  | PROBLEMI FAMILIARI (specificare):……....................  ………………………………………………………………………………. |  | ALTRO (specificare):………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………. |
|  | CONDIZIONI ABITATIVE |  | alloggio non adeguato |
|  |  |  | eventuale sfratto |
|  | TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA’ DI OFFERTA | | |

***SEZ. 2 DATI PERSONALI***

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CONSENZIENTE |  | INDIFFERENTE |  | NON IN GRADO DI DECIDERE |
|  | CONTRARIO |  | NON INFORMATO |  | |

LA RICHIESTA E’ PER UN RICOVERO:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | TEMPORANEO |  | DEFINITIVO |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| STATO CIVILE­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­: | | **SCOLARITA’:** | |
|  | CELIBE / NUBILE |  | ANALFABETA |
|  | CONIUGATO / A |  | LICENZA ELEMENTARE |
|  | SEPARATO / A |  | LICENZA DI SCUOLA MEDIA INFERIORE/ AVVIAMENTO |
|  | DIVORZIATO / A |  | SCUOLA PROFESSIONALE |
|  | VEDOVO / A |  | DIPLOMA SCUOLA MEDIA SUPERIORE |
|  |  |  | LAUREA |

|  |  |
| --- | --- |
| **Professione esercitata nel periodo lavorativo:** | * non ha mai lavorato |

…………………………………………………………………………… Settore: …………………………………………………………… N° Anni………

…………………………………………………………………………… Settore: …………………………………………………………… N° Anni………

…………………………………………………………………………… Settore: …………………………………………………………… N° Anni………

**PENSIONE TIPO** :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ANZIANITA’ -VECCHIAIA (VO) |  | REVERSIBILITÀ ( SO) |  | INVALIDITÀ SOCIALE (IO) |
|  | ALTRO (indicare il tipo) | | |  | NESSUNA PENSIONE |

**INVALIDITÀ CIVILE:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | IN CORSO |  | RICONOSCIUTA, AL \_\_\_\_\_\_ % |  | DOMANDA NON PRESENTATA |

**INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NON RICONOSCIUTA | * RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) |  | Cieco assoluto |
|  | IN ATTESA |  |  | Cieco con residuo visivo |
|  | DOMANDA NON PRESENTATA |  |  | Invalido 100% con accompagnamento |
|  |  |  |  | Sordomuto |

RICONOSCIMENTO L. 104 /92

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | IN CORSO |  | SI |  | NO | * DOMANDA NON PRESENTATA |

***SEZ. 3 RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI***

|  |  |
| --- | --- |
| **ABITAZIONE:** | |
| * DI PROPRIETA’’ | * IN AFFITTO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SITUAZIONE FAMILIARE:** | | | |
|  | VIVE SOLO |  | NON VIVE SOLO |
|  | DA QUANTO TEMPO?................................................... |  |  |

**IL CONIUGE/CONVIVENTE È:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | AUTOSUFFICIENTE | | |  | PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE | | |  | NON AUTOSUFFICIENTE |
| **NUMERO DI FIGLI VIVENTI** | | | | | | | | | |
| **MASCHI N°** | | **…..** | **FEMMINE N°** | | | **……** | * **NESSUN FIGLIO** | | |

**ELENCO DEI PRINCIPALI FAMIGLIARI O PARENTI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **COGNOME** E **NOME** | **ETA’** | **INDIRIZZO** (Città, via, n°civico) | **TELEFONO** | **CONVIVENTE?** | |
| **1** |  |  |  |  | * **Si** | * **No** |
| **2** |  |  |  |  | * **Si** | * **No** |
| **3** |  |  |  |  | * **Si** | * **No** |
| **4** |  |  |  |  | * **Si** | * **No** |

**SERVIZI TERRITORIALI di cui usufruisce:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:** | | **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA:** | |
|  | IGIENE PERSONALE |  | MEDICO DI BASE CON FREQUENZA:  ………………………………………………………………………….. |
|  | PULIZIA CASA |
|  | ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA |  | GERIATRA |
|  | AIUTO PER LA SPESA |  | MEDICO SPECIALISTA:………………………………………. |
|  | PASTO CALDO |  | INFERMIERE PROFESSIONALE |
|  | TELESOCCORSO |  | TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE |
|  | ALTRO (specificare):  ……………………………………………………………………. |  | ALTRO (specificare): ……………………………………………………………………… |

**ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CENTRO PSICOSOCIALE |  | UNITA’ di VALUTAZIONE ALZHEIMER |  | CENTRO DIURNO INTEGRATO |

**USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDI A DOMICILIO:**

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

MEDICO CURANTE DR. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sez. 4 Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003**

Gentile Signore/a,

il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Desideriamo quindi informarLa che ai sensi dell’art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, (D.Lgs. 196/03), per poter accettare la presente domanda di ricovero e dar corso all’ammissione presso una R.S.A. è necessario che i soggetti gestori delle R.S.A. per le quali è presentata la domanda conoscano i dati personali del richiedente l’ammissione e i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso.

I dati personali e relativi allo stato di salute forniti o altrimenti acquisiti, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti, connessi e/o strumentali al procedimento di inserimento in R.S.A. formeranno oggetto di trattamento, con l’ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d’ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria; ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza in R.S.A. non può prescindere dall’acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l’ammissione ritenuti utili.

**Pertanto, in mancanza del conferimento di dati, la domanda di ammissione in R.S.A. non può essere accolta.**

I dati acquisiti saranno comunicati all’A.S.L. della provincia di Lecco e alla Regione Lombardia per l’assolvimento del debito informativo prescritto dalla normativa regionale.

Si precisa che Titolare del trattamento è Il Legale Rappresentante della RSA.

Si ricorda inoltre che Lei potrà in qualunque momento far valere diritti previsti dall’art. 7 d. lgs.196/2003.

*D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali - Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali*

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a

conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il

compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale

**Dichiarazione di consenso**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in relazione alla presente domanda di ammissione in R.S.A. , e presa visione dell’informativa all’utenza sopra esposta, esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi allo stato di salute relativi al richiedente il ricovero, per le finalità e con le modalità indicate nell’informativa stessa.

Data………………………………………………. In fede­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LA RICHIESTA VIENE INOLTRATA:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | DIRETTAMENTE DALL’INTERESSATO |  |  |
|  | DA UN PARENTE |  | ALTRO |
|  | (specificare)…………………………………………………………… |  | (specificare)…………………………………………………………….. |

(NOME E COGNOME) tel.

(Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTI DA ALLEGARE IN FOTOCOPIA ALLA DOMANDA** | |
| * Carta d’identità | * Codice fiscale (se non presente nella Carta Regionale dei Servizi) |
| * Carta Regionale dei Servizi | * Tessere di Esenzione |
| * Verbali di Invalidità | * Esiti visite o esami ematici e strumentali recenti |

**RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE**

### **PER L’INGRESSO IN RSA**

**Sig./ra**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tessera sanitaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data compilazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­

**Sez. 1 PATOLOGIE presenti e giudizio di gravità \***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Assente** | **Lieve** | **Moderato** | **Grave** | **Molto Grave** |
| Patologie cardiache Specificare:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| Ipertensione arteriosa Specificare:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| Patologie vascolari Specificare  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| Patologie respiratorie Specificare  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| Apparato gastroenterico superiore Specificare  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| Apparato gastroenterico inferiore Specificare  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| Patologie epatiche Specificare  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| Patologie renali Specificare  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| Altre patologie genito-urinarie Specificare  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| Patologie neurologiche centrali e periferiche *(escluse* le demenze) Specificare  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici) Specificare  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| Patologie psichiatrico-comportamentali*(incluse* le demenze)  Specificare  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |

\***CIRS (CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE) – A CURA DEL PERSONALE MEDICO**

1= Assente; nessuna compromissione d’organo/sistema. 2= lieve; la compromissione d’organo/sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente. 3= Moderato; la compromissione d’organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona. 4= Grave; la compromissione d’organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona. 5= Molto grave; la compromissione d’organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza il trattamento è urgente, la prognosi è grave.

## **Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Problemi e condizioni correlate con l’alimentazione** | | |
| * Nessuno * Stato nutrizionale soddisfacente * Obesità * Malnutrizione * Rifiuto del cibo * Si alimenta autonomamente * Si alimenta con aiuto * Totalmente dipendente | * Disfagia * Dieta frullata o omogeneizzata * Nutrizione enterale ⭘ Sondino naso - gastrico   ⭘ Gastrostomia (PEG) / Digiunostomia   * Nutrizione parenterale totale | |
| **Diabete mellito** | | |
| * Trattato con la sola dieta * Farmaci antidiabetici orali | * Insulinoterapia | |
| **Lesioni cutanee** | | |
| * Lesioni da decubito Sede:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Stadio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Lesioni vascolari Sede:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stadio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | | |
| **Coma o stato vegetativo** 🞎 | | |
| **Sclerosi Laterale Amiotrofica** 🞎 | | |
| **Parola** | | **Vista ed udito** |
| * Normale * Disartria * Afasia | | * Vede e sente bene * Non vede * Non sente * Deficit corretto da protesi e/o occhiali in uso |
| **Igiene** | | **Capacità di vestirsi / svestirsi** |
| * Si lava autonomamente * Necessita di aiuto per alcune operazioni igieniche * Totalmente dipendente | | * Si veste/sveste autonomamente * Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi * Totalmente dipendente |
| **Mobilità** | | **Cadute negli ultimi 3 mesi** |
| * Si muove autonomamente * Si muove con deambulatore * In carrozzina * Allettato | | * nessuna * 1 – 3 volte * Più di tre volte |
| **Terapia riabilitativa in corso** | | **Assistenza respiratoria** |
| * Post-acuta * Di mantenimento | | * Ossigeno occasionalmente * Ossigenoterapia con O2 gassoso * Ossigenoterapia con O2 liquido * Tracheotomia * Ventilazione meccanica non invasiva * Ventilazione meccanica invasiva |
| **Minzione e Evacuazione** | | |
| * Utilizzo di presidi assorbenti per incontinenza * Cateterismo vescicale ad intermittenza * Cateterismo vescicale a permanenza * Ureterocutaneostomia | | * Nefrostomia * Stipsi (bisogno di clisteri evacuativi) * Ileostomia/Colonstomia |

**Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell’umore**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nessuno |  | Disforia/euforia e/o comportamenti disinibiti |
|  | Perdita di memoria occasionale o per eventi recenti |  | Deliri e allucinazioni |
|  | Perdita di memoria severa o non rammenta nulla |  | Stato ansioso |
|  | Disorientamento nel tempo |  | Tono dell’umore deflesso |
|  | Disorientamento nello spazio |  | Apatia, ritiro sociale, perdita di interessi |
|  | Completa confusione senza capacità di relazione con l’esterno |  | Repentini cambiamenti di umore |
|  | Problemi di linguaggio e/o deficit di comprensione |  | In cura presso Servizi Psichiatrici |
|  | Mancato riconoscimento dei familiari |  | Tentati suicidi |
|  | Cammino incessante senza un preciso scopo o affaccendamento |  | Etilismo attuale |
|  | Urla o lamentazioni o vocalismi ripetitivi |  | Etilismo pregresso |
|  | Disturbi del sonno (eventuale specifica)…………………………………………. |  | Negli ultimi 6 mesi, sono stati utilizzati mezzi di protezione/contenzione |
|  | Aggressività verso sé e/o verso altri |  | Altro (specificare) |
|  | Facile irritabilità |

|  |  |
| --- | --- |
| **Terapia dialitica** | |
| 🞎 Dialisi peritoneale 🞎 Dialisi extracorporea | |
|  |  |
| 🞎 **Radioterapia** |  |
| 🞎 **Chemioterapia** |  |

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

▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ▪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergie a farmaci**

* NO
* SI quali? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vaccinazione antipneumococcica  *NO  SI se sì quando?..........................................***

***Il soggetto è esente allo stato attuale da malattie infettive e contagiose che ostacolano il vivere in comunità***?SI ****** NO ******

***Eventuali note:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Timbro e firma del Medico Telefono**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Il sottoscritto ovvero il care giver afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.***

***In fede, il Dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(in caso di persona diversa dal paziente specificare relazione con i/la paziente ovvero grado di parentela)***

**INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE**

Gentile collega,

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

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

\***CIRS (CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE)**

1= Assente; nessuna compromissione d’organo/sistema.

2= lieve; la compromissione d’organo/sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente.

3= Moderato; la compromissione d’organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona.

4= Grave; la compromissione d’organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.

5= Molto grave; la compromissione d’organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza il trattamento è urgente, la prognosi è grave.

Si ottengono così due indici:

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

Alcune note per la corretta compilazione:

**Ipertensione**: il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d’organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;

**Disturbi vascolari**: comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;

**Apparato gastroenterico superiore**: comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari

**Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo**: comprende le lesioni da decubito

**Patologie endocrino**-metaboliche: includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.