

"FONDAZIONE PIETRO SISSA"

Residenza sanitaria Assistenziale
Via G.Verdi, 55 - 46024 Moglia(Mn)
Tel/Fax Amm.ne 0376 598051- Nuclei di degenza 0376 598123
C.F. 82000130201 - e-mail: rsa@fondazionepietrosissa.it

Prot. n° _____ del _____ Scadenza domanda _____

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO IN STRUTTURA PER ANZIANI

Il/la sottoscritto/a
nato/a il
residente a in Via
recapito telefonico

CHIEDE

di poter fruire di:

- Ricovero d'emergenza
- Ricovero ordinario
- Trasferimento dalla RSA di

- POSTO LETTO CONVENZIONATO CON ATS DI MANTOVA
- POSTO LETTO SOLVENTE

per

Se stesso/a

Il Sig./ra.....
nato/a il
residente a in Via
recapito telefonico
grado di parentela (del richiedente con il ricoverato):

Rinnovo domanda

Data _____ scadenza _____

Data _____ scadenza _____

Informazioni sull'Anziano

Asl di residenza.....

Scolarità: nessuna elementari medie inferiori medie superiori università

Professione.....

Stato civile: 1. celibe/nubile 2. coniugato/a 3. convivente 4. separato/a
5. divorziato/a 6. vedovo/a

Numero figli in vita : maschi.....femmine.....

Religione: cattolica altra (specificare).....

Codice Fiscale.....Tessera sanitaria.....

Pensione di invalidità: sì no inoltrata richiesta

Percentuale invalidità _____%

Assegno di accompagnamento : sì no inoltrata richiesta

Provenienza:

- accede direttamente alla struttura dal domicilio
- in dimissione da Istituto di Riabilitazione
- in dimissione da Struttura Sanitaria

Onere della retta:

- a totale carico dell'Ospite/Familiare
- a totale carico Comune di residenza
- a carico Comune di residenza e Ospite/Familiare

A tal fine allega/si impegna a produrre entro 5 giorni dalla presentazione della domanda :

- Scheda clinica informativa (compilata da MMG/Medico Ospedaliero)
- Dichiarazione di assunzione di spesa
- Certificato di residenza/autocertificazione/dichiarazione attestante la residenza

Data,

Firma _____
Il Richiedente

Informativa D.Lgs. n° 196/03: I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione della lista di attesa e dell'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate, strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza tuttavia non potremo dar corso al servizio. Titolare del trattamento è la Fondazione Pietro Sissa di Moglia . Potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 (accesso, correzione, opposizione al trattamento, ecc.) rivolgendosi alla Fondazione .

Consenso: Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali per la trasmissione alle strutture interessate come sopra specificato.

Data,

Firma _____
Il Richiedente

D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

(S.O. n. 123/L alla Gazz. Uff. n. 174 del 29 luglio 2003)

Codice in materia di protezione dei dati personali

(estratto)

Art. 7

Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

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.



AZIENDA
SANITARIA
LOCALE
DELLA PROVINCIA
DI MANTOVA

SCHEMA CLINICA INFORMATIVA per il trasferimento del paziente

- in Riab. SPECIALISTICA in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie
 in Riab. MANTENIMENTO a Domicilio
 in Riab. GENERALE / GERIATRICA

Cognome e Nome paziente	
nato/a	il
Comune di residenza	
Indirizzo	
CODICE FISCALE.....	

Sintesi diagnostica	→
Evento indice e data insorgenza	→
Altre Patologie in atto ed eventuali allergie	→
Terapia in atto	→

- Disfagia** Si No **Afasia/disartria** Si No
Nutrizione per os Sondino n-g PEG Parenterale
Respirazione normale Ossigeno Ventilazione meccanica con tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali Si No

Presenza deficit sensoriali Visivi Uditivi

- Pace Maker Catetere perdurale **Portatore di:** Catetere venoso centrale Pompa elastomerica
 Tracheostomia Urostomia Colostomia Catetere vescicale
 Protesi Ortesi Quali:.....

Presenza Piaghe da decubito Si No **Eventuali sedi**
Altre lesioni: Si No

STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale			
Deterioramento cognitivo	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato		<input type="checkbox"/> grave
Comprensione ordini semplici	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati		<input type="checkbox"/> gravi
↳ Specificare			

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi-ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche		
Vive solo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
Supporto familiare /caregiver	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente	
E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
↳ Con quali risultati?	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Nullo	
Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente	
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente	

Struttura inviante

In fede



.....
Luogo e data,.....

.....
(timbro e firma del Medico)

BREVE INDICE DI NON AUTOSUFFICIENZA

<p><u>Medicazioni di tipo chirurgico</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non necessarie</p> <p><input type="checkbox"/> Per ulcerazioni e distrofie</p> <p><input type="checkbox"/> per catetere a permanenza</p> <p><input type="checkbox"/> per piaghe da decubito</p>	<p><u>Necessità di prestazioni mediche</u></p> <p><input type="checkbox"/> Buona salute per cui non necessarie (sono necessari solo controlli ambulatoriali)</p> <p><input type="checkbox"/> Necessità di prestazioni ambulatoriali interne (accertamenti diagnostici ecc...)</p> <p><input type="checkbox"/> necessita di prestazioni ambulatoriali esterne (terapia radiante, psichiatrica, consulenza specialistica)</p> <p><input type="checkbox"/> Necessità di controllo medico</p>
<p><u>Controllo sfinterico</u></p> <p><input type="checkbox"/> Presente</p> <p><input type="checkbox"/> incontinenza saltuaria</p> <p><input type="checkbox"/> incontinenza totale</p>	<p><u>Disturbi comportamentali</u></p> <p><input type="checkbox"/> Assenti</p> <p><input type="checkbox"/> Disturbi dell'umore (triste , melanconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci)</p> <p><input type="checkbox"/> Disturbi della cognitivà (non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessità)</p> <p><input type="checkbox"/> Costante atteggiamento aggressivo e/o violento verso se e altri pazienti (paziente agitato, irrequieto)</p>
<p><u>Funzioni del linguaggio</u></p> <p><input type="checkbox"/> Parla e comprende normalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero</p> <p><input type="checkbox"/> Non riesce a esprimere il suo pensiero, ma comprende</p> <p><input type="checkbox"/> Non comprende e non si esprime</p>	<p><u>Deficit sensoriali (audio e vista)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Normale</p> <p><input type="checkbox"/> Deficit correggibile solo con l'aiuto di protesi e occhiali</p> <p><input type="checkbox"/> Grave deficit non correggibile</p> <p><input type="checkbox"/> Cecità e/o sordità completa</p>
<p><u>Autonomia</u></p> <p><input type="checkbox"/> Cammina autonomamente senza aiuto</p> <p><input type="checkbox"/> Cammina e si sposta con ausili</p> <p><input type="checkbox"/> Si sposta con aiuto di persone o con sedia a rotelle</p> <p><input type="checkbox"/> Allettato deve essere alzato</p>	<p><u>Attività della vita quotidiana igiene personale, abbigliamento, alimentazione)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente indipendente</p> <p><input type="checkbox"/> Aiuto saltuario</p> <p><input type="checkbox"/> Aiuto necessario ma parziale</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente dipendente</p>
<p><u>Attività ed impiego del tempo</u></p> <p><input type="checkbox"/> Entra ed esce consapevolmente dalla residenza</p> <p><input type="checkbox"/> E' motivato a svolgere attività costruttive all'interno della residenza</p> <p><input type="checkbox"/> E' in grado di svolgere attività all'interno della residenza con lo stimolo e la supervisione di operatori</p> <p><input type="checkbox"/> Non svolge alcuna attività</p>	<p><u>Stato della rete familiare e sociale (valutazione della disponibilità relazionale, affettiva assistenziale in rapporto</u></p> <p><input type="checkbox"/> Mantiene buoni e regolari rapporti con la famiglia</p> <p><input type="checkbox"/> Non ha buoni e regolari rapporti con la famiglia ma solo con amici e parenti</p> <p><input type="checkbox"/> Amici e parenti o volontari sono disponibili solo in caso di bisogno (problemi sanitari, pratiche burocratiche, difficoltà economiche, disagi assistenziali, etc..)</p> <p><input type="checkbox"/> L'anziano può contare solo sull'aiuto istituzionale</p>

Redatta da Medico Ospedale Casa di Cura Medico di base

Firma leggibile del Medico _____

Data _____

recapito telefonico _____

Spett.le Fondazione Pietro Sissa
Via Verdi 55
46024 Moglia (Mn)

Oggetto: Dichiarazione impegno di spesa

Il/la sottoscritto _____
Nato/a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Tel. _____ cellulare _____
Codice fiscale _____
In qualità di parente del/la Sig./ra _____

Dichiara

di assumersi l'onere del pagamento della retta di degenza, costituendosi garante nei confronti dell'ospite, oltre al versamento della cauzione - fruttifera – che verserò al momento dell'ingresso e che mi verrà restituita al momento della dimissione o comunque della cessazione del ricovero.

In fede

Il dichiarante

Data _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART.2 E 46 DEL DPR 445 DEL 28/12/2000)

Il/la sottoscritto _____
Nato/a _____ *il* _____
Residente a _____ *Via* _____ *n.* _____

Sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 74 del D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni

DICHIARA

Di essere residente a _____
in Via _____ n. _____

Il dichiarante

(la firma non deve essere autenticata)

Data _____

Si richiama l'attenzione sulle conseguenze previste dalla legge per falsità in atti e dichiarazioni mendaci.
Art. 74 D.P.R. 445 del 28/12/2000 " Le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla presente legge sono puniti ai sensi de codice penale e delle leggi speciali in materia ... Omissis..."
Qualora dai controlli effettuati dalla Pubblica Amministrazione dovesse emergere la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade, immediatamente dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.73)

DICHIARAZIONE DI RESIDENZA

Il/la sottoscritto _____

Nato/a _____ *il* _____

Residente a _____ *Via* _____ *n.* _____

Grado di parentela _____ *del Sig./ra impossibilitato/a* _____

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

Il/la Sig./ra _____

Nato/a _____ *il* _____

è residente a _____ *in Via* _____ *n.* _____

Il dichiarante

(la firma non deve essere autenticata)

Data _____