

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano.

L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

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

Cognome e Nome _____

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

in qualità di AdS Tutore Altro, specificare _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: _____

E-mail: _____@_____

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico
1)		
2)		

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

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

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Documento di identità n. _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Assistito _____ Codice Esenzione _____

Medico curante (Nome e recapito telefonico) _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____ Recapito telefonico _____

Domicilio se diverso dalla residenza: _____

ATS di appartenenza _____ Cittadinanza _____

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)

Firma della persona o del richiedente _____ data _____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

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

PROVENIENZA

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

TIPOLOGIA DI RICOVERO

- Tempo determinato
- Lungodegenza

Nucleo Alzheimer SI NO

CONVENZIONE

- NO
 - si, con il seguente ente:
- _____

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO

SI NO, motivazione: _____

note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA

Con chi vive:

- Solo
 - Coniuge
 - Figli
 - Altri parenti: _____
 - Assistente familiare (ore/die)
- _____

Altro: _____

Dove vive:

- Abitazione adeguata
- Abitazione parzialmente adeguata
- Abitazione totalmente inadeguata

Perché _____

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

TUTELA

NO SI:

- Amministrazione di sostegno / Tutela
 - In corso
 - Numero decreto: _____
- Altro: _____

Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...):

Qualifica:

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

Recapiti:

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

 SI

 NO

SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Altro: _____

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

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

SITUAZIONE ECONOMICA

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

- In attesa di invalidità civile
- Invalidità
 - ↳ Codice: _____
 - ↳ Percentuale: _____ %
 - ↳ Indennità accompagnamento
 - si no In attesa

LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- Nessuna scolarità
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiore in _____
- Laurea in _____
- Altro: _____
- Professione pre pensionamento _____
- Interessi / hobby _____

RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi: NO SI (specificare):

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
- CDI (Centro Diurno Integrato) _____
- Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) _____

Servizi / interventi Sociali attivi: NO SI (specificare):

- SAD Comunale
- Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto _____
- Associazioni di volontariato _____
- Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc) _____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ☞ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ☞ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ☞ TESSERA SANITARIA
- ☞ EVENTUALI ESENZIONI
- ☞ VERBALE INVALIDITÀ
- ☞ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ☞ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del D.Lgs.196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: ____ / ____ / 20__

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

NOTE:

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

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"/>

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO

ALLERGIE NON NOTE NO SI, DI CHE TIPO:

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

ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI

Autonomia nel movimento <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<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 <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro.....
Autonomia igiene e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Autonomia nell'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data ultimo posizionamento: / / 20.....
Presidi assorbenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Nefro /urostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
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
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula)
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 <i>(incluse ferite chirurgiche)</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:
Cadute ricorrenti <i>(anche senza conseguenze traumatiche)</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Numero cadute nell'anno:

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DEFICIT SENSORIALI

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

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)	
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <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 frequenza _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale	
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia	
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo 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:	
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	di che tipo:	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	indicare la data:/ /	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Eventuali note e osservazioni:			

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza	<input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.)	
		<input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento	
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore	
		Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore	
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Addensanti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

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"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale
Peso corporeo: kg	Altezza: cm
Intolleranze <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:

Emotrasfusione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo: _____
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.....

Allegato: Altre R.S.A. del territorio della ex. A.S.L. MI2

Denominazione Struttura	Indirizzo	Comune	Telefono	Fax	E.mail
Casa dell'anziano San Camillo *	Via Della Cappelletta, 5	CARUGATE	02/9254771	02/9252229	info@rsasancamillo.it
Casa di Riposo Comunale di Cassano d/A	Via 5 Martiri, 1	CASSANO ADDA	0363/61581	0363/361371	rsabelvedere@comune.cassanodadda.mi.it
Casa Famiglia per Anziani di Bussero *	Via A. Grandi, 8	BUSSERO	02/95330322	02/95039670	bussero@fondazionemantovani.it
Centro S. Maria al Castello Don Gnocchi	P.zza Castello, 23	PESSANO CON BORNAGO	02/955401	02/95540399	info.pessano@dongnocchi.it
Fondazione Castellini di Melegnano Onlus *	Via Cavour, 21	MELEGNANO	02/982201	02/98220134	socialer@fondazionecastellini.it
Fondazione Ospedale Marchesi	Via Marchesi, 25	INZAGO	02/9531231	02/9548603	amministrazione@fondazionemarchesi.it
Istituto Geriatrico Redaelli *	Via Leopardi, 3	VIMODRONE	02/250321	02/27409116	s.bellina@golgiredaelli.it
Istituto Geriatrico Vergani e Bassi Onlus	Via Lazzaretto, 2	GORGONZOLA	02/9513379	02/95300540	info@verganiebassi.it
Istituto Monsignor L. Biraghi *	Via Videmari, 2	CERNUSCO SUL NAVIGLIO	02/929036	02/9249647	info@rsabiraghi.it
Residenza Borromea	Via Buonarroti	MEDIGLIA	02/90600463	02/90601496	residenza_borromea@tiscali.it
Residenza Melograno Anni Azzurri *	Via Trento	CASSINA DEPECHI	02/95341410	02/95341395	residenzamelograno@anniazzurri.it
Residenza Mirasole Anni Azzurri	Via Borsellino, 6	OPERA	02/576911	02/57607098	giuseppe.dellacorte@anniazzurri.it
Residenza San Rocco Anni Azzurri	Via Monviso, 87	SEGRATE	02/26952923	02/26926998	residenzasanrocco@anniazzurri.it
RSA Acquamarina Heliopolis *	Via Strada Cerca	BINASSCO	02/900351	02/90094243	info@residenzeheliopolis.com
RSA Alfredo Podestà Heliopolis *	Via Strada Cerca	BINASSCO	02/900351	02/90094243	info@residenzeheliopolis.com
RSA Maria Lorenzon Heliopolis	Via Strada Cerca	BINASSCO	02/900351	02/90094243	info@residenzeheliopolis.com
RSA Anna Sironi	Via Nenni 20	TREZZO SULL'ADDA	02/90939943		rsaannasironi@crmsociale.it
RSA Cascina Cortenuova	Via Del Ronco	PAULLO	02/90639806	02/90634670	rsa.cdipaullo@crmsociale.it
RSA Giovanni Paolo II	V.le Germania 1	MELZO	02/95732428	02/95737862	accoglienza.giovannipaolo@korian.it
RSA Gli Oleandri	Via Amendola, 20/A	ROZZANO	02/57701975	02/57701978	reception@terranovarsa.it
RSA I Pioppi	Via L. da Vinci	DRESANO	02/98274148	02/98274342	rsadresano@puntoSERVICE.ORG

N.B. * presente Nucleo Protetto per ospiti ALZHEIMER