DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)

RICHIEDENTE

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

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 RSA
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 ❑ si ❑ no Scadenza____ / ____ / ____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)

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 RSA
- ❑ 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
- ❑ 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:

_____

_____

_____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)

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
- ❑ Anzianità/vecchiaia
- ❑ 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 PRE PENSIONAMENTO

- ❑ 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) _____
- ❑ CDI (Centro Diurno Integrato) _____
- ❑ CPS (Centro Psico Sociale) _____
- ❑ Associazioni di volontariato _____
- ❑ Altro (ad esempio: telesoccorso, etc) _____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- ❑ Direttamente
- ❑ Servizio Sociale di: ❑ CMA ❑ 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
- 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:

_____

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)

La scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di Milano e Area Nord (Distretti 1 – 7).
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 RSA.
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: ☐NO ☐SI	....	☐	☐	☐	☐	☐
Ipertensione (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	....	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	....	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	....	☐	☐	☐	☐	☐
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	....	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	....	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)	....	☐	☐	☐	☐	☐
Fegato (solo fegato)	....	☐	☐	☐	☐	☐
Rene (solo rene)	....	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	....	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	....	☐	☐	☐	☐	☐
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; ***non include la demenza)***	....	☐	☐	☐	☐	☐
Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	....	☐	☐	☐	☐	☐
Stato mentale e comportamentale (***include demenza***, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	....	☐	☐	☐	☐	☐

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE (IN ATTO)

.....

.....

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

.....

.....

ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI

Autonomia nel movimento*	❑ senza aiuto/sorveglianza ❑ utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento ❑ necessità di aiuto costante per la deambulazione ❑ mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto ❑ necessità di usare il sollevatore ❑ immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione*	❑ bastone ❑ carrozzina ❑ deambulatore / girello ❑ altro.....
Incontinenza urinaria	❑NO ❑SI
Catetere vescicale	❑NO ❑SI Data ultimo posizionamento: ...../ ..... / 20.....
Incontinenza fecale	❑NO ❑SI ❑ Stomia, sede:.....
Ossigenoterapia	❑NO ❑SI: ❑continua ❑discontinua
Ventilazione	❑NO ❑SI: ❑invasiva ❑non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	❑NO ❑SI, sede: .....
Lesioni da pressione	❑NO ❑SI Sede: .....Stadio: ❑ I ❑ II ❑ III ❑ IV Sede: .....Stadio: ❑ I ❑ II ❑ III ❑ IV
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	❑NO ❑SI, sede: .....

Cadute ricorrenti	❑NO ❑SI	Specificare: .....

Deficit sensoriali

Ipovisus	❑NO ❑SI	
Ipoacusia	❑NO ❑SI	❑Corretta con protesi

***È possibile barrare più caselle**

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	❑NO ❑SI ❑ soporoso ❑ coma /stato vegetativo (GCS:..... /15)		
Deficit di memoria	❑NO ❑SI	Disorientamento ❑ NO ❑temporale ❑spaziale	
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	❑NO ❑SI, di che tipo:		
Crisi d'ansia / attacchi di panico	❑NO ❑SI	Deflessione del tono dell'umore ❑NO ❑SI	
Deliri	❑NO ❑SI	Allucinazioni	❑NO ❑SI
Aggressività	❑NO ❑SI: ❑fisica ❑verbale		
Disturbi del sonno	❑NO ❑SI ❑ Inversione ritmo sonno-veglia		
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	❑NO ❑SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole /tentativo di fuga	❑NO ❑SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	❑NO ❑SI, di che tipo:		
Etilismo/potus	❑NO ❑SI: ❑attuale ❑pregresso		
Abuso/dipendenza da sostanze:	❑NO ❑SI: ❑attuale ❑pregresso Di che tipo:		
Tentato suicidio	❑NO ❑SI: indicare la data: ...../ ..... /		
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici ❑NO ❑SI:			
Eventuali note e osservazioni:			

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	❑ senza aiuto/sorveglianza ❑ necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) ❑ necessita di aiuto costante nell'alimentarsi /necessita di imboccamento		
Edentulia	❑NO ❑SI:	Protesi: ❑ Inferiore ❑ Superiore Scheletrato: ❑ Inferiore ❑ Superiore	
Rifiuto del cibo	❑NO ❑SI		
Disfagia	❑NO ❑SI	Cibi frullati o omogeneizzati	❑NO ❑SI
Dieta specifica	❑NO ❑SI, di che tipo:		
Alimentazione enterale	❑NO ❑SI ❑PEG ❑SNG	Alimentazione parenterale	❑NO ❑SI: ❑periferico ❑centrale
Peso corporeo: ..... kg		Altezza: ..... cm	

Allergie	❑non note ❑NO ❑SI, di che tipo: .....

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)

TERAPIA

❑ Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

ALTRI TRATTAMENTI TERAPEUTICI:

Emotrasfusione	❑NO ❑SI
Dialisi	❑NO ❑SI: ❑emodialisi ❑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.....