



**MODELLO DOMANDA DI AMMISSIONE
Casa Famiglia Villa Eleonora**

Il/La sottoscritto/a _____ residente a _____
Via/Piazza _____ n. _____ recapiti telefonici _____
nella qualità di _____
di _____

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA CASA FAMIGLIA

Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'Ospite, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo

Dati anagrafici dell'ospite

Nome _____ Cognome _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Residente a _____
Via/Piazza _____ n. _____
recapiti telefonici _____
Stato civile _____ N. figli _____
Documento di identità _____
Codice Fiscale _____



Altri referenti dell'ospite da contattare

Nome: _____ Cognome: _____

grado di parentela con l'ospite: _____

Residente a: _____

Via/Piazza: _____ n. _____

recapititelefonic: _____

Nome: _____ Cognome: _____

grado di parentela con l'ospite: _____

Residente a: _____

Via/Piazza: _____ n. _____

recapititelefonic: _____

Dati relativi alle risorse economiche dell'ospite

Intestatario di indennità di accompagnamento: SI NO

Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto:

- Tipologia:
 - sollievo
 - ordinario:
 - a tempo determinato per _____
 - a tempo indeterminato
- Necessità di ingresso
 - urgente
 - breve termine
 - lungo termine



Elenco dei documenti da produrre al momento dell'ingresso in Casa Famiglia:

1. fotocopia della Carta di identità
2. fotocopia del Codice fiscale
3. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
4. tesserino esenzione ticket
5. tessera sanitaria
6. scheda sanitaria allegata

Data

Firma del sottoscrittore

Per ricevuta ed accettazione

Informativa e consenso al trattamento dei miei dati personali

In base a quanto disposto nell'art.13 del D.Lgs. n° 196/'03, sono informato circa il trattamento dei miei dati personali, ed in particolare che:

- a) la finalità del trattamento è la valutazione per l'inserimento in Casa Famiglia i dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici;
- b) il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;
- c) i dati raccolti verranno comunicati unicamente all'ASL ed esclusivamente per la finalità di rendicontazione;
- d) potranno essere esercitati i diritti di accesso ai propri dati, di cui all'art. 7 D.Lgs.. n. 196/'03
- e) Il titolare del trattamento è la R.S.A. sopra indicata.

Firma leggibile

Data



DOMANDA DI AMMISSIONE IN CASA FAMIGLIA MODELLO DI SCHEDA SANITARIA

RELAZIONE ASSISTENZIALE

(da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

Nome dell'assistito_____

TRASFERIMENTO LETTO –SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico.
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona.
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento.
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia.
- E' indipendente.

DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione.
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione.
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili.
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto.
- Cammina senza aiuto.

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione.
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano.
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi.



- ❑ Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri.

IGIENE PERSONALE

- ❑ Incapace di attendere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti.
- ❑ Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale.
- ❑ Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale.
- ❑ E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire.
- ❑ È capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi.

ALIMENTAZIONE

- ❑ Deve essere imboccato.
- ❑ Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- ❑ Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.
- ❑ Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile.
- ❑ Totale indipendenza nel mangiare.

CONFUSIONE

- ❑ È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive.
- ❑ È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe.
- ❑ Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo.
- ❑ È in grado di pensare chiaramente.

IRRITABILITA'

- ❑ Qualsiasi contatto è causa di irritabilità.
- ❑ Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.



- ❑ Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- ❑ Non mostra segni di irritabilità, è calmo.

IRREQUIETEZZA

- ❑ Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi.
- ❑ Appare chiaramente irrequieto: non riesce a star.e seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione.
- ❑ Mostra ogni tanto segni di irrequietezza.
- ❑ Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

ALTRE SEGNALAZIONI

- ❑ Incontinenza:
 - Assente
 - Solo urinaria
 - Solo fecale
 - Doppia

- ❑ Gestione incontinenza:
 - Presidi assorbenti
 - Ano artificiale
 - Catetere

- ❑ Ausili per il movimento:
 - Bastone/deambulatore
 - Carrozzina
 - Nessuno

Il compilatore:



COGNOME.....NOME.....

IN QUALITA' DI
.....

DATA
FIRMA _____



OCCHI / ORL (orecchio, naso, gola, laringe):	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE INFERIORE: (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

FEGATO:	A	L	G	M	MG
----------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

RENE:	A	L	G	M	MG
--------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria):	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito):	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:



PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza):	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) :	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:



ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare se:
Lesioni da decubito			Sede: Stadio:
Dialisi			Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria			O2 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
Alimentazione artificiale			SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza			Presidi assorbenti: Ano artificiale Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento			Bastone e/o deambulatore Carrozzina
Protesi			Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
Disorientamento tempo/spazio			Note:
Vagabondaggio			Note:
Agitazione psico-motoria			Note:
Inversione ritmo sonno-veglia			Note:



Stato nutrizionale insoddisfacente	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
---	----	----	------------------------

Allergie a farmaci	NO	SI	Specifica:
---------------------------	----	----	------------

Allergie ad alimenti	NO	SI	Specifica:
-----------------------------	----	----	------------



TERAPIA IN ATTO

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

1. Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici,.....). Elencare documentazione prodotta:

Recapito telefonico del Medico_____

Firma del Medico