

## DOMANDA DI INSERIMENTO PRIVATO

M PG7-2\_1  
Emesso il 16\_10\_2015  
Rev 1 26\_10\_2017

### *Persona che chiede di essere accolta presso Casa dell'Immacolata:*

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Stato civile  celibe/nubile  coniugato/a  separato/a  divorziato/a  vedovo/a

### *Familiare /conoscente/tutore che presenta la domanda:*

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Titolo di rappresentanza legale  amministratore di sostegno  tutore  curatore

Servizio sociale (se coinvolto) \_\_\_\_\_

Firma della persona o del richiedente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

***E' presente una valutazione U.V.G. ? :*** SI  NO

Se si indicare il tipo di valutazione:  Alta intensità incrementata  Alta intensità

Medio-alta intensità  Media intensità  Medio bassa intensità  Bassa intensità

### ***SCHEDA CONOSCITIVA***

#### *Motivo della domanda:*

Persona non autonoma

Difficoltà familiari

Vive da solo/a

Alloggio non idoneo

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

#### *Urgenza del ricovero:*

Estrema

Ordinaria

Inserimento in lista di attesa a scopo preventivo

#### *La persona attualmente si trova:*

Ospedale

Casa di cura/riabilitazione

Altra struttura residenziale

In casa

#### *Protesi ed ausili in uso:*

Deambulatore

Carrozzina

Materassino/cuscino antidecubito

Letto ortopedico

Presidi per incontinenza

## **INFORMAZIONI SULL'AUTONOMIA DELLA PERSONA**

*E' capace di spostarsi autonomamente da letto e sedia e viceversa?*

- No, non è in grado, richiede la completa assistenza
- Necessita di aiuto
- E' completamente autonoma

*E' in grado di camminare da sola?*

- No, non è in grado
- Necessita di aiuto
- E' completamente autonoma

*Se non cammina, è in grado di manovrare da sola la sedia a rotelle?*

- No, non è in grado
- Necessita di aiuto
- E' completamente autonoma

*E' in grado di lavarsi, fare il bagno, pettinarsi?*

- No, non è in grado
- Necessita di aiuto
- E' completamente autonoma

*E' in grado di mangiare da sola?*

- No, non è in grado, deve essere imboccata
- Collabora, ma necessita di aiuto
- E' completamente autonoma

*E' mentalmente confusa?*

- E' completamente confusa
- Parzialmente confusa
- Parla e comprende normalmente

*E' irritabile?*

- Sì
- Sì, solo se provocata
- No

*E' particolarmente irrequieta?*

- Sì, è incapace di stare ferma
- E' spesso molto irrequieta
- E' tranquilla

***Si informa il richiedente che i dati personali saranno utilizzati al solo scopo di inserire il nominativo dell'interessato nella lista d'attesa di Casa dell'Immacolata.***

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, acconsente al trattamento dei dati della presente domanda, al solo scopo di inserimento nella lista d'attesa di Casa dell'Immacolata.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SANITARIE**  
*(a cura del Medico Curante)*

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

***Patologie presenti***

	<b><i>No</i></b>	<b><i>Si</i></b>	<b><i>Diagnosi</i></b>
Patologie cardiache			
Ipertensione arteriosa			
Patologie vascolari/ematologiche			
Patologie respiratorie			
Vista, udito, naso, gola, laringe			
Apparato gastroenterico superiore			
Apparato gastroenterico inferiore			
Patologie epatiche			
Patologie renali			
Altre patologie genito-urinarie			
Sistema muscolo-scheletrico e cute			
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze)			
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici)			
Patologie psichiatrico-comportamentali (incluse le demenze)			

Problemi clinici prevalenti

---

---

Patologie infettive/contagiose presenti

---

---

Terapia farmacologica in corso (indicare farmaco e posologia)

---

---

---

Allergie a :

---

---

<i>Anomalie del comportamento:</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Ansia		
Depressione		
Deliri o allucinazioni		
Agitazione psico-motoria diurna		
Agitazione psico-motoria notturna		
Deambulazione incessante		
Affaccendamento afinalistico		
Inversione del ritmo sonno-veglia		
Aggressività		
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive		
Comportamenti autolesivi		

<i>Altre informazioni sanitarie:</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Ci sono problemi di alimentazione?		
Disfagia – altri disturbi della deglutizione		
Nutrizione artificiale enterale con PEG o digiunostomia		
Nutrizione artificiale entrale con sondino naso/gastrico		
Nutrizione parenterale totale		
La persona è in dialisi?		
Se sì dove effettua la dialisi ?		
E' presente insufficienza respiratoria?		
- Ossigeno occasionalmente		
- Ossigeno almeno 6 ore al giorno		
- Ossigenoterapia continua		
- Tracheostomia		
- Ventilazione meccanica invasiva / non invasiva		
La persona è affetta da diabete mellito?		
- Trattato con la sola dieta		
- Farmaci antidiabetici orali		
- Insulina		
La persona ha ulcere da decubito?		
- Sacrali o trocanteriche		
- Arti inferiori o altre sedi		
La persona ha ulcere vascolari?		
Ci sono problemi di continenza vescicole o fecale?		
- Presidi per incontinenza		
- Catetere vescicole a permanenza		
- Cateterismo intermittente con Nelaton		
- Enterostomia, colostomia, ureterocutaneostomia		

<i>Anomalie della marcia e della postura:</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Cadute negli ultimi 3 mesi		

Timbro e firma del medico

Data compilazione



ISO 9001 2015