

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

Cognome e nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Codice fiscale _____

Familiare /conoscente/tutore che presenta la domanda:

Cognome e nome _____

Telefono _____ e-mail _____

Residente a _____ Via _____

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

Protesi > specificare la tipologia _____

INFORMAZIONI SULL'AUTONOMIA DELLA PERSONA

È capace di spostarsi autonomamente da letto e sedia e viceversa?

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

È in grado di camminare da sola?

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

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

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

È in grado di lavarsi, fare il bagno, pettinarsi?

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

È in grado di mangiare da sola?

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

È mentalmente confusa?

- È completamente confusa
- Parzialmente confusa
- Parla e comprende normalmente

È irritabile?

- Sì
- Sì, solo se provocata
- No

È particolarmente irrequieta?

- Sì, è incapace di stare ferma
- È spesso molto irrequieta
- È 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 e GDPR 679/2016, acconsente al trattamento dei dati della presente domanda, al solo scopo di inserimento nella lista d'attesa di Casa dell'Immacolata.

Data _____

Firma _____

DOMANDA DI INSERIMENTO IN STRUTTURA

INFORMAZIONI SANITARIE

(a cura del Medico Curante o del Medico di riferimento in struttura di Cura o Ospedale)

Cognome e nome _____

Patologie presenti

	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Diagnosi</i>
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)			

<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		

DOMANDA DI INSERIMENTO IN STRUTTURA

<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 vescicale 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		

DOMANDA DI INSERIMENTO IN STRUTTURA

Problemi clinici prevalenti

Patologie infettive/contagiose presenti

Terapia farmacologica in corso (indicare farmaco e posologia)

Allergie a:

Timbro e firma del Medico

Data compilazione

Valutazione della domanda a Cura del Direttore Sanitario:

accettazione della Domanda:

SI

NO

Data: _____

NOTE: _____

Firma del Direttore Sanitario
