

### *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

Tipo di valutazione :  Alta intensità incrementata  Alta intensità  Medio-alta intensità  
 Media intensità  Medio bassa intensità  Bassa intensità

**E' presente una Invalidità Civile .?** : SI  NO

**E' presente un Codice Esenzione .?** : SI  NO

**Motivo del ricovero e livello di urgenza:** \_\_\_\_\_

Estrema  Ordinaria  Inserimento in lista di attesa a scopo preventivo

Ospedale con dimissione il: \_\_\_\_\_

Casa di cura/riabilitazione con dimissione il: \_\_\_\_\_

Altra struttura residenziale con dimissione il: \_\_\_\_\_

In casa \_\_\_\_\_

### **Piani terapeutici attivi, protesi ed ausili in uso:**

Farmaci \_\_\_\_\_

presidi per medicazioni \_\_\_\_\_

ausili di movimentazione \_\_\_\_\_

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 vescicale 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

---