

Data:

Nome medico:

SCHEMA VALUTATIVA PER L'INGRESSO

Generalità della persona che richiede di essere accolta in APPARTAMENTO PROTETTO

Cognome e nome _____ Sesso M F
Nato a _____ Prov. _____ il _____ Cittadinanza _____
Residente a _____ Prov. _____ CAP _____
Via/Piazza _____ tel. _____
Codice Fiscale _____ Tessera sanitaria _____
Tessera esenz. ticket _____ Medico curante dott. _____
Stato civile:
Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a
Usufruisce attualmente di:
Pensione NO SI se si, tipo di pensione _____
Invalidità civile NO SI In attesa
Assegno di accompagnamento NO SI In attesa

Generalità della persona che presenta la domanda

Cognome e nome _____ Residente a _____
CAP _____ Via/Piazza _____
Telefono 1 _____ Telefono 2 _____ e mail _____
Grado di parentela [eventuale] _____
Titolo di rappresentanza legale (nel caso di persone già dichiarate incapaci o con deficit delle funzioni mentali superiori):
Amministratore di sostegno
Tutore
Curatore
Altra persona di riferimento in caso di necessità _____
Telefono 1 _____ Telefono 2 _____

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, cambiamento idea ecc.).

Firma della persona o del richiedente _____ data _____

Data:

Nome medico:

SCHEMA CONOSCITIVA

da compilare a cura di chi presenta la domanda

Motivo della domanda

Persona non autonoma
Difficoltà familiari

Vive solo
Altro (specificare) _____

Alloggio non idoneo

L'anziano attualmente si trova:

Ospedale (specificare) _____

Istituto di riabilitazione (specificare) _____

(Casa di riposo) (specificare) _____

Altra struttura (specificare) _____

in casa propria con aiuto di (specificare) _____
di altri (specificare) _____

L'anziano usufruisce attualmente di:

Assistenza domiciliare del Comune	SI	NO
Assistenza domiciliare sanitaria (voucher)	SI	<input type="checkbox"/> NO

Protesi ed ausili in uso:

deambulatore	materassino/cuscino antidecubito
letto ortopedico	presidio per incontinenza
	altro (specificare) <input type="checkbox"/> _____

INFORMAZIONI SULL'AUTONOMIA DELLA PERSONA

E' capace di spostarsi autonomamente dal letto alla 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

Data:

Nome medico:

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 lavarsi, fare il bagno, pettinarsi?

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

E' in grado di mangiare in autonomia?

- Non è in grado, deve essere imboccato
- Collabora ma necessita di aiuto E'
- completamente autonomo/a

E' mentalmente confusa?

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

E' irritabile?

- Si
- Si, solo se provocata
- No

E' particolarmente irrequieta?

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

Altre notizie che si ritengono utili per il ricovero

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

Il sottoscritto _____, ai sensi del decreto legislativo 196/2003, acconsente al trattamento dei dati personali sopra indicati al solo scopo dell'inserimento nella lista d'attesa.

data _____

firma _____

Data:

Nome medico:

INFORMAZIONI SANITARIE

(a cura del medico curante)

Cognome e nome

Data di nascita

Patologie presenti

	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Diagnosi</i>
Patologie cardiache			
Iperensione 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)

Data:

Nome medico:

Allergie a:

Anomalie del comportamento

Ansia	SI	NO
Depressione	SI	NO
Deliri o allucinazioni	SI	NO
Agitazione psico-motoria diurna	SI	NO
Agitazione psico-motoria notturna	SI	NO
Deambulazione incessante	SI	NO
Affaccendamento afinastico	SI	NO
Inversione del ritmo sonno-veglia	SI	NO
Aggressività	SI	NO
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive	SI	NO
Comportamenti autolesivi	SI	NO

Anomalie della marcia e della postura

Cadute negli ultimi 3 mesi SI, numero cadute ___ NO

Altre informazioni sanitarie

Ci sono problemi di alimentazione?	SI	NO
Disfagia – altri disturbi della deglutizione	SI	NO
Nutrizione artificiale enterale		
Con gastrostomia (PEG) o digiunostomia	SI	NO
Con sondino naso gastrico	SI	NO
La persona è in dialisi?	SI	NO
Dialisi peritoneale automatica o manuale	SI	NO
Dialisi extracorporea ambulatoriale	SI	NO
Dove effettua la dialisi _____		
E' presente in sufficienza respiratoria?	SI	NO
Ossigeno occasionalmente	SI	NO
Ossigeno almeno 6 ore al giorno	SI	NO
Ossigenoterapia continua	SI	NO
Tracheostomia	SI	NO
Ventilazione meccanica invasiva/non invasiva	SI	NO
La persona è affetta da diabete mellito?	SI	NO
È trattato con la sola dieta	SI	NO
Farmaci antidiabetici orali	SI	NO
Insulina	SI	NO



A cura della struttura – Idoneità domanda

Data:

Nome medico:

La persona ha ulcere da decubito?	SI	NO
Sacrali o trocanteriche	SI	NO
Arti inferiori o altre sedi	SI	NO
La persona ha ulcere vascolari?	SI	NO
Ci sono problemi di continenza vescicale o fecale?	SI	NO
Presidi per incontinenza	SI	NO
Catetere vescicale a permanenza	SI	NO
Cateterismo intermittente con Nelaton	SI	NO
Enterostomia, colostomia, ureterocutaneostomia	SI	NO

Recapiti telefonici Medico _____

Timbro e firma del medico

Data di compilazione