

DOMANDA DI INSERIMENTO

Generalità dell'anziano

cognome e nome ID utente Sesso M F

nato a prov. il cittadinanza

residente a prov. CAP in via

Codice Fiscale Tessera sanitaria Tessera esenzione tiket Tel.

Stato civile

Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

Titolo di studio

Nessuno Elementare Media inf./avviamento Professionale Media superiore Laurea

Professione principale prima del pensionamento

Generalità della persona che si fa garante del ricovero

Si considera garante la persona o l'ente che, in forza di vincoli personali e/o legali, oppure per scopo istituzionale, o per mera liberalità, anche in assenza di formale espressione di volontà di mandato o rappresentanza o delega da parte dell'ospite, garantisce e/o assume personalmente ed irrevocabilmente tutti gli obblighi (finanziari, morali di "fare o non fare") derivanti dal presente contratto, così come precisati in seguito e fino alla risoluzione dello stesso.

cognome e nome

nato a prov. il

residente a prov. CAP in via

Codice Fiscale Telefono 1 Telefono 2

Grado di parentela 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 e di sottoscrivere l'impegno di spesa per il pagamento della retta.

Si impegna inoltre a comunicare al CDI Costa Bassa l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.).

Firma richiedente Data

In caso di mia assenza è possibile contattare:

cognome e nome tel. 1 tel. 2

Motivo della richiesta di inserimento

- Persona non autonoma Vive solo Alloggio non idoneo Sollievo alla famiglia
 In attesa di ricovero definitivo Altro (specificare)

Urgenza della richiesta di inserimento

- estrema ordinaria

Problematiche affrontate nell'ultimo anno

- Decesso di parenti stretti Malattie di familiari Peggioramento condizioni fisiche
 Sfratto o ristrutturazione abitazione Cambio di residenza Solitudine

Figli viventi

n°: di cui: Femmine n° Maschi n°

La persona attualmente vive con:

- Solo Coniuge Figli non coniugati Figli coniugati Parenti

La persona attualmente vive presso:

- Abitazione propria di terzi (specificarne la proprietà)
Ospedale (specificare)
Istituto di riabilitazione (specificare)
RSA (Casa di riposo) (specificare)
Struttura psichiatrica (specificare)
Altra struttura (specificare)
Altro (specificare)

Se residente in abitazione

- Piano Ascensore SI NO Barriere architettoniche SI NO
Riscaldamento SI NO Servizi Igienici Interni Esterni
Giudizio complessivo abitazione idonea parzialmente idonea non idonea

L'anziano usufruisce attualmente di

- Invalità civile SI NO se si % N° In attesa SI NO
Assegno di accompagnamento SI NO (ha presentato domanda).
Assistenza Domiciliare Integrata SI NO
Buono Socio-sanitario SI NO (in lista di attesa per Buono)

Ha presentato domande in strutture diurne o residenziali per anziani? SI NO

Se si, in quali?

In relazione alla richiesta di inserimento l'anziano:

- ha partecipato alla decisione E' a conoscenza ma non ha partecipato Non è al corrente o non è in grado

Utilizzo dei servizi nell'ultimo anno

- Ricovero ospedaliero Ricovero RSA Ricovero riabilitativo Centro diurno
 Assistenza domiciliare Pasti a domicilio Altro

Protesi ed ausili in uso

- girello deambulatore personale ASL
 carrozzina personale ASL
 materassino cuscino antidecubito personale ASL
 letto ortopedico personale ASL
 dispositivo incontinenza personale ASL
 altro (specificare)
 altro (specificare)

VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA (SOSIA)

La persona è capace di spostarsi autonomamente dal letto alla sedia e viceversa?

- No, non è in grado. Serve la completa assistenza di *due* persone
- Serve la completa assistenza di *una* persona
- Serve assistenza per una o più fasi del trasferimento
- Occorre la presenza di una persona, ma solo per infondere fiducia o garantire sicurezza
- E' completamente autonoma

La persona è in grado di camminare da solo almeno per 50 metri?

- No, non è in grado
- E' in grado, ma serve la presenza costante di una o più persone
- Serve aiuto, ma solo per raggiungere il bastone o altri ausili
- E necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
- Sì, percorre almeno 50 metri senza aiuto o supervisione (non importa se con il bastone o un altro ausilio)

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

- No, non è in grado
- Sì, ma solo per brevi tratti e su superficie piana
- Serve aiuto solo per accostarsi al tavolo o al letto
- Serve aiuto solo negli spazi più angusti
- E' totalmente autonoma

La persona è in grado di provvedere da solo alla propria igiene?

- No, non è in grado. Servono due persone
- No, non è in grado. Serve l'aiuto di una persona
- E' necessario aiutarlo in uno o più aspetti dell'igiene personale
- Richiede solo un minimo di assistenza prima o dopo l'igiene
- E' completamente autonoma

La persona è in grado di alimentarsi autonomamente?

- No, non è in grado. Va imboccato o nutrito per altre vie
- Riesce a manipolare una posata, ma è necessaria assistenza attiva per tutto il pasto
- Serve assistenza per gli atti più complicati, come versare il latte o lo zucchero nel thé, aggiungere sale o pepe, imburrare, rovesciare un piatto;
- Serve aiuto solo per tagliare la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli.
- E' completamente autonoma

La persona è confusa?

- Sì, le capacità di pensiero sono completamente destrutturate
- Appare chiaramente confusa e non si comporta, in alcune situazioni, come dovrebbe
- Appare incerta e dubbiosa, ma sembra ancora orientata nel tempo e nello spazio
- La persona è in grado di pensare chiaramente e ha contatti normali con l'ambiente

La persona è particolarmente irritabile?

- Sì, sempre.
- Si irrita facilmente, anche per stimoli che non dovrebbero essere provocatori
- Si irrita solo se provocato e se gli vengono rivolte domande indiscrete
- No, è sempre calma

La persona è fisicamente irrequieta?

- Sì, è incapace di stare fermo anche per brevi periodi di tempo, cammina incessantemente
- E' molto irrequieto: non riesce a stare seduto, contorce le mani, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano
- Si agita, gesticola, ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
- La persona non mostra alcun segno di irrequietezza motoria;

VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA NELLA VITA QUOTIDIANA

L'anziano esce di casa SI NO

Se si, solo accompagnato

Attività strumentali

	<i>Autonomo</i>	<i>Riceve aiuto</i>	<i>Non in grado</i>
1 Uso del telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Fare acquisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Cucinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Pulizia della casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Fare il bucato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Spostarsi con i mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Assumere farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Maneggiare denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abitudini di vita

.....
.....
.....
.....

Abitudini dietetiche

.....
.....
.....
.....

Altre notizie utili

.....
.....
.....

Medico curante (cognome e nome)

Indirizzo Tel.

Consenso del richiedente il ricovero per il trattamento dei dati personali (art. 10 legge 196/2003)

Il sottoscritto, a conoscenza delle disposizioni di cui all'art. 10 della legge 196/03, acconsente al trattamento dei dati personali sopra indicati al solo scopo di inserimento presso la Vostra struttura del proprio congiunto

Data Firma

Riservato alla Struttura Operatore che accoglie la richiesta

Note

.....
.....
.....
.....