



## DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO per l'Udo \_\_\_\_\_

### **Generalità della persona che richiede di essere accolta:**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria \_\_\_\_\_ Tessera esenzione tiket \_\_\_\_\_

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 dell'inserimento**

*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 \_\_\_\_\_ Tel 1. \_\_\_\_\_ Tel 2. \_\_\_\_\_

Grado di parentela/qualifica \_\_\_\_\_

*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 alla struttura 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 % ..... 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 sì, 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**

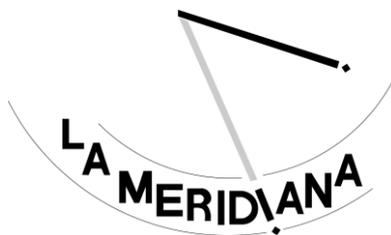
- girello deambulatore       personale       ATS  
 carrozzina       personale       ATS  
 materassino cuscino antidecubito       personale       ATS  
 letto ortopedico       personale       ATS  
 dispositivo incontinenza       personale       ATS  
 altro (specificare).....



## INFORMAZIONI SULL'AUTONOMIA DELLA PERSONA

Indicare con una X la situazione che meglio rappresenta le condizioni della persona per ogni attività

<b>Alimentazione</b>	
Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività: tagliare, spalmare, ecc.)	
Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.	
Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.	
Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es.cucchiaio).	
Totalmente dipendente, deve essere imboccato.	
<b>Igiene Personale</b>	
Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.	
In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.	
Necessita di aiuto per una o più operazioni.	
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	
Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.	
<b>Farsi il bagno o la doccia</b>	
Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatrice completa, completamente autonomo.	
Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).	
Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.	
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	
Totalmente dipendente nel lavarsi.	
<b>Abbigliamento</b>	
Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi.	
Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.).	
Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.	
Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.	
Totalmente dipendente, non collabora alle attività.	
<b>Trasferimenti carrozzina/letto</b>	
Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.	
Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.	
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	
Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.	
Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevamalti.	
<b>Uso del W.C.</b>	
Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).	
Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.	
Necessita di aiuto per vestirsi/sgestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.	
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	
Totalmente dipendente.	



<b>Continenza urinaria</b>	
Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.)	
Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.	
Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.	
Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	
Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.	
<b>Continenza intestinale</b>	
Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.	
Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	
Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone.	
Necessita di aiuto in tutte le fasi.	
Totalmente incontinente.	
<b>Deambulazione</b>	
Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 mt. Senza aiuto o supervisore.	
Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.	
Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.	
Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.	
Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.	
<b>Uso della carrozzina</b> (nel BIM non c'è questa area, inserire 5 nell'area Deambulazione se il paziente è autonomo in carrozzina)	
Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc) L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.	
Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.	
E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.	
Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre.	
Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	
<b>Scale</b>	
E' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto né supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.	
Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc	
Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.	
Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.	
Incapace di salire e scendere le scale.	
<b>TOTALE</b>	

**Allegare alla presente domanda la documentazione sanitaria in possesso, in particolare visite e relazioni UVA e/o CDCD. Copia carta d'identità in corso di validità e Tessera Sanitaria.**



LA MERIDIANA DUE S.C.S Cooperativa Sociale - Ente unico ai sensi DGR N.2569/14  
20900 MONZA – Viale Cesare Battisti, 86 – Tel. 039.39051 – Fax 039.3905324

**Altre notizie utili: abitudini di vita, abitudini dietetiche...**


*Ai sensi del Regolamento UE Generale sulla protezione dei dati personali 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali) I dati personali da Lei conferiti con il presente modulo saranno trattati, in modalità cartacea che informatizzata dal nostro personale incaricato, per le finalità connesse o/ rilascio della documentazione da Lei richiesta. I dati potranno essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni o a soggetti cui tale comunicazione debba essere effettuata in adempimento di un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento ovvero disposizioni impartite da autorità, anche ai fini di controllo della veridicità delle dichiarazioni rese.*

*Resa esclusa la diffusione. Titolare del Trattamento è: La Meridiana Due – Viale Cesare Battisti, 86 - Monza. Responsabile del trattamento è: il Direttore Generale. (vedasi organigramma).*

Firma del richiedente: ..... Data .....

\_\_\_\_\_

**Riservato alla Struttura**

Operatore che accoglie la richiesta .....

**Note:**
