



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

- Invaldità 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:

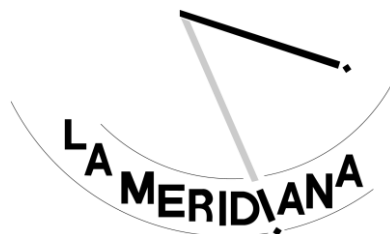
- ha partecipato alla decisione E' a conoscenza ma non ha partecipato Non è al corrente o non è in grado

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

Alimentazione	
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.	
Igiene Personale	
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.	
Farsi il bagno o la doccia	
Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura 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.	
Abbigliamento	
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.	
Trasferimenti carrozzina/letto	
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.	
Uso del W.C.	
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.	



Continenza urinaria	
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.	
Continenza intestinale	
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.	
Deambulazione	
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.	
Uso della carrozzina (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.	
Scale	
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.	
TOTALE	

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:
