



DOMANDA DI ACCOGLIENZA

Il modulo necessario per presentare la Domanda di Accoglienza ai servizi gestiti dalla Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. è costituito da quattro parti:

- una parte da compilare a cura dell'interessato o dei familiari
- un modulo Privacy da compilare a cura dell'interessato o dei familiari
- una Scheda Sanitaria da far compilare al Medico
- un modulo G.E.F.I. da far compilare al Medico

La Domanda di Accoglienza può essere consegnata presso:

- i Centralini della Fondazione tutti i giorni dalle 8.00 alle 20.00; gli operatori del Centralino rilasciano apposita ricevuta di consegna
- l'Ufficio Accoglienza della Fondazione dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.30 **previo appuntamento**; la responsabile dell'Ufficio Accoglienza è a disposizione per un colloquio informativo al momento della consegna
- (per i residenti a Sesto S. G.) il Servizio Sociale Anziani del Comune di Sesto San Giovanni, Via Boccaccio 257, il martedì dalle 9.00 alle 12.00 e il mercoledì dalle 14.00 alle 16.00

Dopo la presentazione della Domanda, per i residenti, viene attivata la visita domiciliare, effettuata dai nostri operatori e dal Servizio Anziani del Comune, per:

- stabilire un primo contatto di conoscenza con la persona anziana e la sua famiglia
- valutare insieme i bisogni di cura e di assistenza
- valutare insieme il servizio più adatto per l'inserimento nelle liste di attesa dei vari servizi

Al momento dell'ingresso, la persona anziana e/o il suo familiare o tutore si impegnano a:

- sottoscrivere il contratto di ricovero
- versare una cauzione pari a una retta
- liquidare mensilmente la retta

La signora Maria Arena, responsabile dell'Ufficio Accoglienza, è a disposizione per un incontro di orientamento con l'anziano e con i familiari per valutare insieme le possibilità che offriamo.

I colloqui si svolgono su appuntamento dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00. Durante il colloquio è anche possibile visitare le strutture e i servizi.

Per fissare l'appuntamento potete scrivere a accoglienza@fondazioneapelucca.org o telefonare al n° **02.24.83.240**.

Le rette per i nostri servizi sono le seguenti:



Sesto San Giovanni – via Boccaccio

Residenza sanitaria assistenziale	
Soluzione alberghiera	Retta giornaliera
Camera a 2 posti letto (residenti a Sesto S. G.)	€ 78,46
Camera a 2 posti letto (non residenti a Sesto S. G.)	€ 80,50

Centro diurno integrato	
	Retta giornaliera
Frequenza giornaliera	€ 22,93

Sesto San Giovanni – via Campanella

Residenza sanitaria assistenziale	
Soluzione alberghiera	Retta giornaliera
Camera a 1 posto letto	€ 82,54
Camera a 2 posti letto (con bagno esclusivo)	€ 78,46
Camera a 2 posti letto	€ 77,44
Camera a 3 posti letto	€ 70,31

Minialloggi protetti	
	Retta mensile
Per appartamento	€ 899,46



Cusano Milanino

Residenza sanitaria assistenziale	
Soluzione alberghiera	Retta giornaliera
Camera a 1 posto letto	€ 74,65
Camera a 2 posti letto	€ 72,52
Camera a 3 posti letto	€ 70,91
Camera a 4 posti letto	€ 70,91

Centro diurno integrato	
	Retta giornaliera
Frequenza giornaliera (compreso servizio trasporto)	€ 27,51

Minialloggi	
	Retta mensile
Per appartamento	€ 351,31
Per box	€ 51,97

Per informazioni circa la possibilità di contributo economico al pagamento della retta vi potete rivolgere a:

- Servizio Anziani del Comune di Sesto San Giovanni, via Boccaccio 257, il martedì dalle 9.00 alle 12.00 e il mercoledì dalle 14.00 alle 16.00 (per i residenti a Sesto S. G.)
- Servizio Anziani del Comune di Cusano Milanino, piazza Tiennanmen (per i residenti a Cusano M.)



FONDAZIONE ISTITUTO GERIATRICO "LA PELUCCA" – ONLUS

Sede legale via Campanella 8/10 – 20099 SESTO SAN GIOVANNI - MI

P.IVA 00987080967 C.F. 85001850156 Tel. 02.2483240 – Fax 02.26223991

www.fondazioneapelucca.org



FONDAZIONE ISTITUTO GERIATRICO "LA PELUCCA" – ONLUS

Sede legale via Campanella 8/10 – 20099 SESTO SAN GIOVANNI - MI

P.IVA 00987080967 C.F. 85001850156 Tel. 02.2483240 – Fax 02.26223991

www.fondazioneapelucca.org

All. A

Spett.le
Fondazione Istituto Geriatrico
"La Pelucca" o.n.l.u.s.
Via Campanella 8/10
Sesto San Giovanni

Servizio Accoglienza

Oggetto: **domanda di accoglienza**

Il/La sottoscritto/a _____

Residente in _____

In qualità di (grado di parentela o altro) _____

trasmette con la presente domanda per il servizio

R.S.A.

Centro Diurno Integrato

Minialloggio

(camera singola)

(camera doppia)

(camera tripla)

delle sedi di SESTO SAN GIOVANNI - via Campanella

- via Boccaccio

della sede di CUSANO MILANINO - via Alemanni

per il/la sig/ra

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____

dal _____

Il richiedente dichiara, fin da ora, di accettare l'esito della valutazione geriatrica al domicilio o presso l'Istituto. Tale esito può confermare o variare l'opzione del servizio indicata con la domanda di accoglienza qui esposta.

Data _____

Acconto al trattamento dei miei dati personali ai sensi della L. 675/96 come la nota allegata

Firma del richiedente



Pratica N° _____
Matricola _____

DATI ANAGRAFICI DELL'OSPITE

Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Cittadinanza _____

Codice fiscale _____

Carta d'identità _____ Scadenza _____

Comune di residenza _____ Provincia _____

Via/piazza _____ Cap _____

Tel. _____ Cell. _____

Email _____

Stato civile _____

Numero di figli maschi _____ femmine _____

Grado d'istruzione analfabeta inferiore (elementare/media) superiore

Ultima professione svolta. _____

Con chi vive coniuge figlio/a altro familiare badante

solo altro _____

ALTRI DATI

ASL di appartenenza _____

Codice sanitario _____

Medico curante _____

Tel. _____ Cell. _____

Pensione Nessuna Minima sociale Anzianità/vecchiaia

Guerra/infortunio Reversibilità

Invalidità civile Sì No

Indennità di accompagnamento Sì No In attesa

Esenzione ticket Sì No



TIPOLOGIA DELLA DOMANDA

- Nuova domanda
- Aggiornamento
- residenza
 - familiari di riferimento
 - medico curante
 - provenienza
 - altro _____
- Aggravamento delle condizioni cliniche/sociali
- Domanda presentata in precedenza

MOTIVO DELLA DOMANDA

- Ha perso l'autonomia fisica
- La famiglia non è in grado di assistere
- Vive solo/a
- L'alloggio non è idoneo
- Altro _____

PROVENIENZA

- Altra R.S.A. accreditata
- Altra R.S.A.
- Proprio domicilio
- Struttura Sanitaria (ospedale)
- Altro _____

SOGGETTO CHE USUFRUISCE DI

A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) Si No

S.A.D. (Servizio di assistenza domiciliare) Si No

PASTI A DOMICILIO Si No

TELESOCCORSO Si No

CENTRO DIURNO INTERGRATO Si No

ASSISTENZA PRIVATA (es. badante) giorno/notte alcune ore

Altro _____



DATI FAMILIARE O TUTORE

Grado di parentela _____

Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Tel _____ Cell. _____

Email _____

Via/piazza _____

Comune _____ Cap _____ Prov. _____

PERSONE DI RIFERIMENTO

Grado di parentela _____

Cognome _____

Nome _____

Tel _____ Cell. _____

Email _____

Via/piazza _____

Comune _____ Cap _____ Prov. _____

Grado di parentela _____

Cognome _____

Nome _____

Tel _____ Cell. _____

Email _____

Via/piazza _____

Comune _____ Cap _____ Prov. _____

Grado di parentela _____

Cognome _____

Nome _____

Tel _____ Cell. _____

Email _____

Via/piazza _____

Comune _____ Cap _____ Prov. _____



All. B

QUESTIONARIO SANITARIO DI INGRESSO DI

COGNOME _____ NOME _____

MOBILITÀ

Trasferimenti letto – sedia

- Necessitano 2 persone per il trasferimento della persona con o senza ausilio meccanico
- Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
- Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
- Autonomo

Deambulazione

- Assente
- Utilizzo carrozzina
- Utilizzo appoggio
 - bastone
 - tre piedi
 - deambulatore
- Autonoma
 - con necessità di supervisione
 - senza necessità di supervisione
- Wandering

Igiene personale

- Paziente non in grado di badare alla propria igiene personale
- È necessario assisterlo in tutto le circostanze dell'igiene personale
- È necessario assisterlo in una o più circostanze dell'igiene personale
- È in grado di provvedere alla cura della propria persona, ma richiede un minimo di assistenza prima o dopo l'operazione da seguire
- Autonomo

Vestirsi

- Totalmente dipendente
- Con aiuto
- Indipendente

Nutrizione

- Parzialmente - totalmente dipendente, va imboccato
- Usa qualche posata, ma necessita di assistenza attiva
- Riesce ad alimentarsi con supervisione/assistenza
- Paziente indipendente nel mangiare, salvo in operazioni quali tagliare le pietanze, la presenza di un'altra persona non è indispensabile
- Autonomo
- Presenza di disfagia per:
 - liquidi
 - solidi
- Sondino naso-gastrico
- PEG

COGNITIVITA' E COMPORAMENTO

Cognitività, umore e comportamento

- Psiche integra
- Deterioramento cognitivo
 - lieve
 - moderato
 - severo
- Ansia
- Depressione
- Farmacodipendenza
- Pregressi tentati suicidi
- Atteggiamento
 - collaborante
 - apatico
 - oppositivo

Confusione

- Totalmente confuso
- Confuso in alcune occasioni

Irritabilità

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Un stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio produce spesso irritabilità
- Irritabilità sporadica
- Irritabilità con aggressività verbale
- Irritabilità con aggressività fisica

Irrequietezza

- Cammina incessantemente
- Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando di continuo vari oggetti
- Ripete immotivatamente alcuni atti (es. aprire e chiudere cassetti, piegare vestiti, ...)
- Presenza di vocalizzazioni

Controllo sfinteri

- Continente
- Incontinenza
 - episodica
 - stabile
 - urinaria
 - fecale
 - doppia
- Catetere vescicale
- Urocondom
- Utilizzo pannoloni



Patologie psichiatriche maggiori

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

T.S NO SI

Modalità.....
.....
.....
.....

COMORBILITÀ

Cardiaca

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assente | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> Lieve | <input type="checkbox"/> Molto Grave |
| <input type="checkbox"/> Moderata | |

Ipertensione

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assente | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> Lieve | <input type="checkbox"/> Molto Grave |
| <input type="checkbox"/> Moderata | |

Vascolari

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assente | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> Lieve | <input type="checkbox"/> Molto Grave |
| <input type="checkbox"/> Moderata | |

Respiratoria

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assente | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> Lieve | <input type="checkbox"/> Molto Grave |
| <input type="checkbox"/> Moderata | |

O.O.N.G.L

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assente | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> Lieve | <input type="checkbox"/> Molto Grave |
| <input type="checkbox"/> Moderata | |

Apparato G.I Superiore

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assente | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> Lieve | <input type="checkbox"/> Molto Grave |
| <input type="checkbox"/> Moderata | |



Apparato G.I Inferiore	
<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Molto Grave
<input type="checkbox"/> Moderata	

Epatiche	
<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Molto Grave
<input type="checkbox"/> Moderata	

Renali	
<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Molto Grave
<input type="checkbox"/> Moderata	

Altre patologie Genito - Urinarie	
<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Molto Grave
<input type="checkbox"/> Moderata	

Sistema Muscolo scheletrico	
<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Molto Grave
<input type="checkbox"/> Moderata	

Sistema Nervoso Centrale	
<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Molto Grave
<input type="checkbox"/> Moderata	

Endocrine - Metaboliche	
<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Molto Grave
<input type="checkbox"/> Moderata	

Pscichiatrico - comportamentali	
<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Molto Grave
<input type="checkbox"/> Moderata	

Decubiti	
<input type="checkbox"/> Assenti	
<input type="checkbox"/> Sacrali	
<input type="checkbox"/> Trocanterici	
<input type="checkbox"/> Altra sede	



FONDAZIONE ISTITUTO GERIATRICO "LA PELUCCA" – ONLUS

Sede legale via Campanella 8/10 – 20099 SESTO SAN GIOVANNI - MI
P.IVA 00987080967 C.F. 85001850156 Tel. 02.2483240 – Fax 02.26223991
www.fondazioneapelucca.org

DIAGNOSI		
<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale
<input type="checkbox"/> Nutrizione per sonda N-G	<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale	<input type="checkbox"/> PEG
<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia iperbarica	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Chemioterapia
<input type="checkbox"/> Altro	
.....		
.....		

Data, _____

Timbro e firma del Medico

.....