



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 tre parti:

- una **DOMANDA DI INSERIMENTO** da compilare a cura dell'interessato o dei familiari
- una **INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI** (Privacy) da compilare a cura dell'interessato e di tutti i familiari che lasciano i propri dati
- una **SCHEDA SANITARIA** da far compilare al Medico

La **Domanda di Accoglienza**, e **i moduli Privacy compilati da tutti coloro che lasciano i propri dati**, possono essere consegnati presso:

- i Centralini della Fondazione tutti i giorni dalle 9.00 alle 18.00; 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
- inviati tramite mail all'indirizzo accoglienza@fondazioneapelucca.org

Al momento dell'ingresso, la persona anziana e 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, su appuntamento, per un incontro di orientamento (anche telefonico o in videocall) con la persona anziana e con i familiari per valutare insieme le possibilità che offriamo.

Durante il colloquio è anche possibile visitare le strutture e i servizi. SOSPESO CAUSA EMERGENZA COVID-19

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

Per informazioni circa la possibilità di contributo economico vi potete rivolgere a:

- Servizio Anziani e Disabili del Comune di Sesto S. G., via B. Croce 84, il martedì e il giovedì dalle 9 alle 12 (per i residenti a Sesto S. G.)

Le rette per i nostri servizi sono le seguenti:

**Residenza Sanitaria Assistenziale La Pelucca
via Campanella 8 ! 'GYghc'GUb';]cj Ubb]**

Camera (residenti a Sesto S. G.)	€ 91,00
Camera (non residenti a Sesto S. G.)	€ 92,00
Camera Nucleo Alzheimer (residenti a Sesto S. G.)	€ 93,00
Camera Nucleo Alzheimer (non residenti a Sesto S. G.)	€ 93,50
Camera singola (residenti a Sesto S. G.)	€ 93,00
Camera singola (non residenti a Sesto S. G.)	€ 93,00

**Residenza Sanitaria Assistenziale Monsignor Olgiati
via Boccaccio 354 ! 'GYghc'GUb';]cj Ubb]**

Camera (residenti a Sesto S. G.)	€ 91,00
Camera (non residenti a Sesto S. G.)	€ 92,00
Camera Nucleo Alzheimer (residenti a Sesto S. G.)	€ 93,00
Camera Nucleo Alzheimer (non residenti a Sesto S. G.)	€ 93,50
Centro Diurno Integrato (retta giornaliera)	€ 30,50
(retta giornaliera con trasporto)	€ 32,00

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano.

L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

in qualità di AdS Tutore Altro, specificare _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: _____

E-mail: _____@_____

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico
1)		
2)		

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Documento di identità n. _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Assistito _____ Codice Esenzione _____

Medico curante (Nome e recapito telefonico) _____

Residente in _____ CAP _____
Via / Corso _____ Recapito telefonico _____

Domicilio se diverso dalla residenza: _____

ATS di appartenenza _____ Cittadinanza _____

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

RICHIESTE INSERIMENTO PRESSO LA RSA

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 alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)

Firma della persona o del richiedente _____ data _____

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

- Condizioni abitative non idonee
 - Vive solo/sola
 - Perdita autonomia
 - Quadro clinico compromesso
 - Mantenimento/miglioramento capacità residue
 - Rischio permanenza al domicilio
 - Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)
- _____

PROVENIENZA

- Domicilio
 - Istituto di ricovero per acuti (ospedale)
 - Struttura psichiatrica
 - Istituto di riabilitazione
 - Altra RSA
 - Altro: _____
- _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO

- Tempo determinato
- Lungodegenza

Nucleo Alzheimer SI NO

CONVENZIONE

- NO
 - SI, con il seguente ente:
- _____

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO

SI NO, motivazione: _____
note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA

Con chi vive:

- Solo
 - Coniuge
 - Figli
 - Altri parenti: _____
 - Assistente familiare (ore/die)
- _____

Altro: _____

Dove vive:

- Abitazione adeguata
- Abitazione parzialmente adeguata
- Abitazione totalmente inadeguata

Perché _____

- Casa di proprietà
- Affitto
- Casa ALER
- Usufrutto
- Altro: _____

TUTELA

NO SI:

- Amministrazione di sostegno / Tutela
 - In corso
 - Numero decreto: _____
- Altro: _____

Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...):

Qualifica:

- Familiare: _____
 - Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.):
- _____

Recapiti:

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

SI

NO

SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Altro: _____

- Fratelli (N:)
- Sorelle (N:)

- Figli (N:)
- Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infortunio sul lavoro, etc
- Reversibilità

- In attesa di invalidità civile
- Invalidità
 - ⌘ Codice: _____
 - ⌘ Percentuale: _____ %
 - ⌘ Indennità accompagnamento
 - si no In attesa

LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- Nessuna scolarità
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiore in _____
- Laurea in _____
- Altro: _____
- Professione pre pensionamento _____
- Interessi / hobby _____

RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi: NO SI (specificare):

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
- CDI (Centro Diurno Integrato) _____
- Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) _____

Servizi / interventi Sociali attivi: NO SI (specificare):

- SAD Comunale
- Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto _____
- Associazioni di volontariato _____
- Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc) _____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- Direttamente
- Servizio Sociale di: Centri Sociali Territoriali Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista _____
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ↳ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del D.L.gs.196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: ____ / ____ / 20__

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Ente Gestore Fondazione "La Pelucca"
**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

**Ai sensi degli artt. 12 e 13 del Reg. UE 2016/679
(Regolamento in materia di protezione dei dati personali)**

Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca onlus

LA INFORMA CHE

A. Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento dei dati è Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca onlus (di seguito Fondazione) con sede legale in Sesto San Giovanni (MI) via Tommaso Campanella 8/10 Codice Fiscale 85001850156 Partita IVA 00987080967 telefono 02.2483240 pelucca@pec.it, a cui ci si può rivolgere per far valere i propri diritti, anche direttamente all'indirizzo privacy@fondazione.lapelucca.org.

L'elenco dei Responsabili dei trattamenti è disponibile negli uffici amministrativi della Fondazione.

B. Finalità del trattamento

1) I dati saranno trattati per lo **svolgimento dei servizi richiesti** alla Fondazione o delle attività previste dal contratto e per i dovuti adempimenti amministrativi; a solo titolo esemplificativo e non esaustivo si citano ad esempio: servizi di RSA, CDI, Hospice, assistenza domiciliare, consulenza, fornitura di beni e servizi.

I dati saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi e regolamenti nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge.

2) I dati potranno essere trattati **in forma anonima** al fine di svolgere indagini epidemiologiche e similari, per fini di ricerca scientifica e/o per sondaggi inerenti alla qualità delle prestazioni ricevute dalla Fondazione.

3) Infine i dati potranno essere trattati per fini di **informazione e promozione** della Fondazione (ad esempio inviti ad eventi, pubblicazione di immagini sul sito o sui social network).

C. Modalità di trattamento

Il trattamento dei dati potrà essere effettuato in forma cartacea ed elettronica, con accesso consentito solo agli operatori autorizzati dalla Fondazione.

D. Destinatari dei dati

I suoi dati possono essere comunicati per le finalità di cui sopra, ai responsabili ed incaricati del trattamento della Fondazione, alle aziende che forniscono servizi alla Fondazione necessari per lo svolgimento della propria attività, ad altri soggetti competenti secondo quanto richiesto dalla normativa vigente.

Inoltre essi possono essere comunicati alle forze di polizia, all'autorità giudiziaria, o ad altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione di reati.

E. Periodo di conservazione

I dati saranno conservati fino al termine del rapporto contrattuale o del servizio svolto dalla Fondazione.

I dati saranno poi conservati nell'archivio corrente della Fondazione fino ai termini previsti dalla legge e, se di rilievo, a tempo indeterminato nell'archivio storico della Fondazione.

F. Diritti degli interessati

In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ovvero: accesso ai dati, rettifica e integrazione dei dati, cancellazione dei dati (se non in contrasto con la normativa vigente), portabilità dei dati (cioè ricevere i propri dati in un formato elettronico leggibile o trasmetterli ad altro titolare), limitazione del trattamento, diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo (Garante).

G. Conseguenze del mancato consenso al trattamento

Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia gli stessi sono indispensabili per lo svolgimento delle attività di cui al **punto B1** e pertanto il mancato conferimento può comportare per la Fondazione un impedimento nel fornire i servizi richiesti o a sottoscrivere il rapporto contrattuale.

Il consenso al trattamento per fini scientifici, di ricerca, di informazione e promozione (**punti B2 e B3**) è facoltativo e il mancato consenso non preclude in alcun modo la fornitura dei servizi richiesti o la sottoscrizione del rapporto contrattuale.

L'interessato ha diritto in qualsiasi momento di modificare o revocare i consensi dati per ciascuno dei trattamenti rivolgendosi alla Fondazione.



Ente Gestore Fondazione "La Pelucca"
**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

H. Categorie di dati trattati

Dati anagrafici	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati bancari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati biometrici (comprese le immagini)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati culturali-sociali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati economico-finanziari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati genetici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati giudiziari-penali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati politici-sindacali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati razziali-etnici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati religiosi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati sanitari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dati sessuali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

CONSENSI AL TRATTAMENTO DEI DATI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

C.F. _____ NATO A _____ IL ___ / ___ / _____

RESIDENTE A _____

IN QUALITÀ DI

OSPITE

TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/FAMILIARE DEL/LA SIG./RA _____

ALTRO (specificare) _____

DOPO AVER PRESO VISIONE DELLE INFORMAZIONI DI CUI SOPRA

DICHIARA

DI DARE IL CONSENSO
AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, NEI MODI E PER LE FINALITÀ SOPRA INDICATE AL **PUNTO B1**

DI NEGARE IL CONSENSO

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA _____

DI DARE IL CONSENSO
AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, NEI MODI E PER LE FINALITÀ SOPRA INDICATE AL **PUNTO B2**

DI NEGARE IL CONSENSO

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA _____

DI DARE IL CONSENSO
AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, NEI MODI E PER LE FINALITÀ SOPRA INDICATE AL **PUNTO B3**

DI NEGARE IL CONSENSO

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA _____

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

Cognome e Nome

Data di nascita/...../.....

luogo di nascita

QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato (solo fegato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rene (solo rene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; <i>non include la demenza</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stato mentale e comportamentale (<i>include demenza</i> , depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO

.....

ALLERGIE NON NOTE NO SI, DI CHE TIPO:

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

.....

ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI

Autonomia nel movimento <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro.....
Autonomia igiene e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Autonomia nell'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale Presidi assorbenti Nefro /urostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data ultimo posizionamento: / / 20..... <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:.....
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula)
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:
Cadute ricorrenti (anche senza conseguenze traumatiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Numero cadute nell'anno:

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DEFICIT SENSORIALI

Ipoovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cecità assoluta	<input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Corretta con protesi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Sordità assoluta	<input type="checkbox"/> SI

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso	<input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	di che tipo:	
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale	
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia	
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	di che tipo:	
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso	
		Di che tipo:	
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	di che tipo:	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	indicare la data: / /	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	
Eventuali note e osservazioni:			

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza		
	<input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.)		
	<input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento		
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	Protesi:	<input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
		Scheletrato:	<input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Addensanti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:	
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG	Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale
Peso corporeo: kg	Altezza: cm	

Intolleranze	<input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:
--------------	---

TERAPIA

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

ALTRI TRATTAMENTI:

Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo.....
Dialisi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale	
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc)		

EVENTUALE APPROFONDIMENTO:

.....
.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): / / 20....

Nome e Cognome medico curante: Recapito tel.diretto..... fax e-mail diretta:@.....	Timbro e firma del medico curante
--	-----------------------------------

Data di compilazione: / / 20.....