

Modulo per la presentazione della RICHIESTA DI AMMISSIONE RESIDENZIALE



FONDAZIONE
MONS. COMI
O N L U S

Residenza Sanitaria Assistenziale

Via Forlanini, 6 - 21016 Luino (VA) - Tel.
0332/542311 - Fax. 0332/511.226 - e-mail:
info@fondazionecomi.it - sito web:
www.fondazionecomi.it - C.F. 84002350126 -
P.IVA 02191770128

Parte riservata all'Istituto:

PROTOCOLLO _____

Annotazioni:

DATI DELLA PERSONA DA AMMETTERE:

MASCHIO FEMMINA

COGNOME - NOME: _____

(per le femmine): eventuale COGNOME acquisito: _____

STATO CIVILE _____ Codice Fiscale _____

nato/nata il _____ Comune (o Stato Estero di nascita) _____

Comune di residenza _____ Provincia _____

Indirizzo _____ telefono _____

CODICE ASSISTITO (rilevato su Tessera Regionale Sanitaria): _____

numero figli maschi _____ numero figlie femmine _____

scolarizzazione _____ professione prima della pensione _____

INDICARE IL PRINCIPALE MOTIVO DELLA RICHIESTA DI AMMISSIONE (scegliere una risposta):

la persona da ricoverare ha perso l'autonomia fisica / psichica

l'attuale alloggio non è più idoneo

la persona da ricoverare vive solo/a

la famiglia non è in grado di provvedere alla sua salute

altre motivazioni; precisare: _____

INDICARE SE LA PERSONA DA AMMETTERE E':

NON AUTOSUFFICIENTE PARZIALE / TOTALE (NAT): **retta giornaliera omnicomprensiva € 66,00**

malato di ALZHEIMER: **retta giornaliera omnicomprensiva € 68,50**

camere SOLVENTI: **retta giornaliera € 80,00**

camere SOLVENTI PERIODO ESTIVO DAL 01.06 AL 30.09: **retta giornaliera € 90,00**
(supplemento per camera singola € 10 giornalieri)

INDICARE SE LA PERSONA DA AMMETTERE USUFRUISCE DI:

>> BUONO SOCIO SANITARIO: SI NO Ha presentato domanda

>> ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO: SI NO Ha presentato domanda

>> ASSISTENZA DOMICILIARE integrata: SI NO Ha presentato domanda

>> VOUCHER: SI NO Ha presentato domanda

ONERE DELLA RETTA:

IN PROPRIO A PARZIALE CARICO COMUNE

A TOTALE CARICO COMUNE

INDICARE SE PER LA PERSONA DA AMMETTERE E' STATO NOMINATO UN:

TUTORE

CURATORE

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

DATI DELLA PERSONA CHE INOLTRA LA DOMANDA DI AMMISSIONE :

NOME - COGNOME: _____

codice fiscale _____

Grado di parentela con la persona da ammettere _____

nato/nata il _____ Comune (o Stato Estero di nascita) _____

Comune di residenza _____ Provincia _____

Indirizzo _____

numeri telefono di riferimento _____

ALTRE PERSONE DI RIFERIMENTO :

NOME - COGNOME: _____

Grado di parentela con la persona da ammettere _____

Comune di residenza _____ Provincia _____

Indirizzo _____

numeri telefono di riferimento _____

La presente domanda di ammissione **ha validità di un anno** dalla data di inoltro: trascorso tale termine dovrà essere rinnovata allegando la certificazione medica aggiornata.

Il/la sottoscritto/a **si impegna**, al momento dell'ammissione dell'ospite, al pagamento totale della retta stabilita per tutto il periodo di permanenza dello stesso.

data _____

Firma _____

Informativa ed espressione del Consenso ai sensi del Regolamento UE 2016/679

I dati acquisiti sono utilizzati esclusivamente a scopi amministrativi per la presentazione della domanda di ammissione e la gestione delle comunicazioni e degli adempimenti conseguenti.

Per nessun motivo tali dati saranno resi pubblici o ceduti a terzi. I dati sopra riportati sono destinati esclusivamente alla Società indicata come destinatario.

La comunicazione e diffusione dei dati sopra riportati a soggetti diversi da quelli indicati, od in generale qualsivoglia utilizzo illecito dei dati ivi contenuti, è proibita ai sensi del Reg. UE/679/2016.

La informiamo infine che in ogni momento potrà esercitare i diritti nei confronti del Titolare del trattamento ai sensi del Reg. UE/679/2016, quindi ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati, conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza, chiederne l'integrazione, l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione, la limitazione di trattamento, la portabilità, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento.

In caso di assenza del consenso al trattamento dati la Fondazione non potrà accogliere la presente domanda.

Per presa visione ed espressione del Consenso

Data _____

Firma dell'ospite _____

Firma del familiare/responsabile _____

Firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno _____

SCHEDA DI INSERIMENTO

- RSA
 CDI
 RICHIESTA INVALIDITA'

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Parte per il Medico curante

Informazioni anagrafiche	
Nome _____ Cognome _____	
Nato a _____ il ___ / ___ / ___ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____	
Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)	
Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse	
Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti	
Dispositivi in uso	Catetere vescicale Sondino naso-gastrico PEG Catetere venoso centrale Pace-maker ICD (defibrillatore) Tracheostomia Stomie Broncoaspirazione Porth-a-cath Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno Ventilatore per insuff. respiratorie gravi
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro) 	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) ALLERGIE	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emoltrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare	
Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note _____ _____ _____	
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> <i>Stabile</i>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> <i>Moderatamente stabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> <i>Moderatamente instabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	<input type="checkbox"/> <i>Instabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> <i>Acuzie</i>	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	<i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si richiede visita domiciliare</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
--	---	--

data

.....

firma

.....

SCHEDA DI INSERIMENTO

- RSA
 CDI
 RICHIESTA INVALIDITA'

Parte per la famiglia / caregiver

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il ___/___/___ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI NO Ente erogatore _____ Invalidità SI NO Codice Invalidità _____
Modalità di gestione del reddito	<input type="checkbox"/> Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa _____ tel. _____
Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc.	
Provenienza Domicilio: Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniall.	<input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> definitivo <input type="checkbox"/> altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)	
Diete particolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____ _____
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____ _____
Fumo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Alcool	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
• Capacità di nutrirsi:	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessità di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
• Masticazione:	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca
• Protesi dentaria:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si e la usa <input type="checkbox"/> Si ma non la usa

Parte per la famiglia / caregiver

Nome _____	
Cognome _____	
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Bagno / doccia	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Continenza vescicale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere
Continenza intestinale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia
Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Vista	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Cecità
Udito	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Sordità
Capacità di leggere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Capacità di scrivere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterato
Mobilità	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato
Capacità di salire le scale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado
Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado

Parte per la famiglia / caregiver

Nome _____	
Cognome _____	
Uso della sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si autonomo nell'uso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ausili utilizzati	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Si Specificare quali _____ _____ <input type="checkbox"/> Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da _____ il ____/____/____
Accetta la terapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Assume la terapia autonomamente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sonno - riposo	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia
Aggressività	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Tendenza alla fuga / perdersi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> Si - n° _____ <input type="checkbox"/> No
Utilizza una contenzione	<input type="checkbox"/> Si - specificare _____ _____ <input type="checkbox"/> No
Previsione di contatti con il paziente (es, n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

All'atto del ricovero, si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite.

data

firma

.....

.....

SCHEDA SOCIALE

DATI ANAGRAFICI	1^ COMPILAZIONE - DATA		
COGNOME			
NOME			
STATO CIVILE			
DATA DI NASCITA			
LUOGO DI NASCITA			
NAZIONALITA'			
LUOGO DI PROVENIENZA	Casa <input type="checkbox"/>	Ospedale <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
AREA RELAZIONALE			
PARENTI	figli	<input type="checkbox"/>	
	Coniuge	<input type="checkbox"/>	
	Fratelli	<input type="checkbox"/>	
	nipoti	<input type="checkbox"/>	
CAREGIVER (chi si occupa dell'anziano)	(specificare)	<input type="checkbox"/>	
RETI INFORMALI	Amici	<input type="checkbox"/>	
	Conoscenti	<input type="checkbox"/>	
	Vicini di casa	<input type="checkbox"/>	
SCOLARITA'	Licenza elementare	<input type="checkbox"/>	
	Licenza media	<input type="checkbox"/>	
	Professionali	<input type="checkbox"/>	
	Diploma superiore	<input type="checkbox"/>	
	Altro	<input type="checkbox"/>	
PROFESSIONE SVOLTA			
LINGUA	Italiano <input type="checkbox"/>	Altra lingua <input type="checkbox"/>	quale?
DIALETTO	<input type="checkbox"/>	Di dove?	

Motivazione del ricovero _____

Consapevolezza del ricovero _____

Religione Cattolica Altra religione _____
 Praticante Non praticante

Altro:

Firma ospite/familiare/caregiver _____

Allegato al contratto d'ingresso dell'ospite

SERVIZI TERRITORIALI COINVOLTI	NOME E COGNOME		RIFERIMENTO TELEFONICO
SERVIZI SOCIALI COMUNALI			
MEDICO DI BASE			
SERVIZIO ASL			
ALTRO			
TUTELA GIURIDICA	NOME E COGNOME		RIFERIMENTO TELEFONICO
1) TUTORE (se nominato)			
2) A.D.S. (se nominato)			
ATTO DI NOMINA DI (1) O (2)			
INVALIDITA' CIVILE			
NO <input type="checkbox"/>	SI – POSSEDUTA <input type="checkbox"/>	PERCENTUALE	
INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO			
NO <input type="checkbox"/>	SI – POSSEDUTA <input type="checkbox"/>		
SITUAZIONE PENSIONISTICA			
TIPOLOGIA			
ALTRI TIPI DI SUSSIDI			
RILEVAZIONI BISOGNI OSPITE	INDIPENDENTE	SEMI INDIPENDENTE	DIPENDENTE
IGIENE PERSONALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IGIENE AMBIENTALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPESE E DISBRIGO PRATICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SORVEGLIANZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONE COINVOLTE NEL SODDISFACIMENTO DEI BISOGNI:

INTERESSI/ABITUDINI DI VITA

Firma ospite/familiare/caregiver _____

Allegato al contratto d'ingresso dell'ospite