

PROMEMORIA ALLA FAMIGLIA

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA, IN FOTOCOPIA:

- TESSERA SANITARIA
- ESENZIONI TICKET
- VERBALE COMMISSIONE INVALIDI (se in possesso)
- CARTA D'IDENTITA' DELL'ACCOLTO/A
- CARTA D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO IN RSA / CENTRO DIURNO

Il /la Sig./ra

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

CHIEDE

di poter usufruire di:

A)	☐ RSA CONTRATTUALIZZATA	☐ STANZA SINGOLA	☐ STANZA DOPPIA
B)	☐ RSA NON CONTRATTUALIZZATA	☐ STANZA SINGOLA	☐ STANZA DOPPIA
C)	☐ CENTRO DIURNO	☐ CON TRASPORTO	☐ SENZA TRASPORTO

PERSONE - PARENTI DI RIFERIMENTO

Cognome e Nome	Grado di parentela	Indirizzo
Telefono / Cellulare	e-mail	

Cognome e Nome	Grado di parentela	Indirizzo
Telefono / Cellulare	e-mail	

Informativa ex D.Lgs. 196/03 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") e Regolamento (UE) 2016/679

I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione della lista di attesa e dell'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza tuttavia non potremo dar corso al servizio. Titolare del trattamento è il Presidente dell'Istituto Geriatrico C.L. Grassi ONLUS, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc.

Per i dati necessari e sufficienti, è possibile, in taluni casi doveroso, che ne sia data comunicazione a:

- ATS VAL PADANA, Assessorato regionale alla sanità, Assicurazioni ed enti previdenziali per ragioni amministrative;
- Organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria, per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti;
- Altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi.

Consenso: letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

Data, _____ Ora, _____ Firma _____

PARERE RESPONSABILE SANITARIO: ☐ **FAVOREVOLE** ☐ **NON FAVOREVOLE** (motivazioni in allegato)

Firma _____

Nota interna per Segreteria Ospiti

ENTRA IL _____ ORE _____ ☐ 1° ☐ 2° ☐ 3° PIANO Stanza n° _____ ☐ SINGOLA ☐ DOPPIA

GUARDAROBA n° _____ ☐ REPARTO ☐ PALESTRA ☐ ANIMAZIONE ☐ RAGIONERIA ☐ LAVANDERIA

Viadana, _____

OGGETTO: Motivazioni relative al non accoglimento della domanda di ingresso
del/la Sig./ra _____

IL RESPONSABILE SANITARIO
Dott. Michele Calavalle



AZIENDA
SANITARIA
LOCALE
DELLA PROVINCIA
DI MANTOVA

SCHEDA CLINICA INFORMATIVA per il trasferimento del paziente

- ☐ in Riab. SPECIALISTICA
☐ in Riab. MANTENIMENTO
☐ in Riab. GENERALE / GERIATRICA
- ☐ in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie
☐ a Domicilio

Cognome e Nome paziente	
nato/a	il
Comune di residenza	
Indirizzo	
CODICE FISCALE.....	

Sintesi diagnostica	→	
Evento indice e data insorgenza	→	
Altre Patologie in atto ed eventuali allergie	→	
Terapia in atto	→	

Disfagia Si ☐ No ☐ **Afasia/disartria** Si ☐ No ☐

Nutrizione ☐ per os ☐ Sondino n-g ☐ PEG ☐ Parenterale

Respirazione ☐ normale ☐ Ossigeno ☐ Ventilazione meccanica ☐ con tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali Si ☐ No ☐

Presenza deficit sensoriali ☐ Visivi ☐ Uditivi

Portatore di:

- ☐ Pace Maker ☐ Catetere perdurale ☐ Catetere venoso centrale ☐ Pompa elastomerica
☐ Tracheostomia ☐ Urostomia ☐ Colostomia ☐ Catetere vescicale
☐ Protesi ☐ Ortesi Quali:.....

Presenza Piaghe da decubito Si ☐ No ☐ **Eventuali sedi**

Altre lesioni: Si ☐ No ☐

Segue →

STATO DI COSCIENZA	☐ Vigile	☐ Risposta a stimolo verbale	☐ Risposta a stimolo doloroso	☐ Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale				
Deterioramento cognitivo	☐ assente	☐ lieve/moderato		☐ grave
Comprensione ordini semplici	Sì ☐ No ☐			
Disturbi del comportamento	☐ assenti	☐ lievi/moderati		☐ gravi
☞ Specificare				

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	☐	☐	☐	
Capacita' di vestirsi	☐	☐	☐	
Uso dei servizi	☐	☐	☐	
Continenza Sfinterica	☐	☐	☐	
Capacita' di alimentarsi	☐	☐	☐	
Cammina	☐ da solo	☐ con aiuto	☐ protesi- ausili	☐ usa carrozzella
Allettato	No ☐ Sì ☐	Se sì, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione	☐ Idonea	☐ Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	☐ Sì	☐ No	
Supporto familiare /caregiver	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	☐ Sì	☐ No	
☞ Con quali risultati?	☐ Positivo	☐ Parziale	☐ Nullo

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente

Struttura inviante

In fede

.....
☎

.....
(timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....