

LISTA D'ATTESA UNICA RSA

RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Cognome Nome Sesso M F

Nato a il

Codice fiscale |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

Cittadinanza Figli n°..... M n°..... F

Stato civile CELIBE/NUBILE CONIUGATO/A con

UNITO/A CIVILMENTE con

SEPARATO/A DIVORZIATO/A

VEDOVO/A di

Residente a CAP

in Via n.

Vive con: coniuge/convivente coniuge/figli figli parenti badante solo/a altro

Attuale collocazione

Titolo di studio Precedente occupazione

È seguito dal Servizio Sociale del Comune? NO SI

Se SI indicare di quale servizio usufruisce

Cognome e Nome Assistente Sociale Tel.

ASST di Residenza Tessera Sanitaria N.: |_|_|_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|

Medico curante telefono

Usfruisce del servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)? SI NO

Usfruisce di altri servizi? SI NO

Se SI quali?

Possiede una certificazione di Invalidità? NO SI **Se SI, allegare copia del verbale di invalidità**

in corso di ottenimento (data di presentazione della domanda))

Se SI indicare la percentuale di invalidità riconosciuta%

civile (data.....) di guerra (data.....) del lavoro (data.....)

Percepisce l'assegno di accompagnamento? SI NO NO, domanda presentata in data

Percepisce una pensione? nessuna anzianità/vecchiaia minima/sociale reversibilità

altro Importo netto complessivo mensile circa €

PARENTI E PERSONE DI RIFERIMENTO

* <input type="checkbox"/>	Grado di parentela	Cognome e nome	Via, numero civico, CAP, città	Telefono	e-mail
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

* **Barrare la persona a cui fare riferimento di preferenza per la presente pratica**

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Amministratore di Sostegno: SI NO Presentata Istanza di Nomina in Tribunale in data

Se SI, Cognome e Nome

Tel. e-mail

Decreto Giudice Tutelare (consegnato ai nostri uffici in data

CONDIZIONE ABITATIVA DELL'UTENTE

Piano Ascensore SI NO

Barriere architettoniche SI NO Servizi igienici SI NO

Abitazione proprietà uso gratuito affitto

Riscaldamento centralizzato autonomo mancante

Note di rilievo
.....

LA PRESENTE RICHIESTA VIENE EFFETTUATA PER LE SEGUENTI RSA
INDICARE CON "1" LA RSA DI PREFERENZA:

FONDAZIONE BRESCIA SOLIDALE ONLUS

- R.S.A. ARICI SEGA**
Via Lucio Fiorentini, 19/b - 25134 Brescia
- R.S.A. VILLA ELISA**
Via San Polo, 2 - 25124 Brescia
- NUCLEO ALZHEIMER**
solo presso RSA Arici Sega
- POSTI SOLVENTI**
(costo a completo carico dell'utente)

FONDAZIONE CASA DI DIO ONLUS

- R.S.A. CASA DI DIO**
Via Vitt. Emanuele II, 7 - 25122 Brescia
- R.S.A. LA RESIDENZA**
Via dei Mille, 41 - 25121 Brescia
- R.S.A. A. LUZZAGO**
Via della Lama, 67 - 25133 Brescia
- R.S.A. L. FEROLDI**
Via della Lama, 73 - 25133 Brescia
- POSTI SOLVENTI/SOLLIEVO**
(costo a completo carico dell'utente)
- NUCLEO ALZHEIMER**
solo presso RSA L. Feroldi

FONDAZIONE CASA DI INDUSTRIA ONLUS

- R.S.A. CASA INDUSTRIA**
Via Veronica Gambara, 6 - 25121 Brescia
- NUCLEO ALZHEIMER**
Via Veronica Gambara, 6 - 25121 Brescia
- NUCLEO DEMENZE LIEVI**
Via Veronica Gambara, 6 - 25121 Brescia

ISTITUTO FIGLIE SAN CAMILLO

- R.S.A. SAN GIUSEPPE**
Via Milano, 69 - 25126 Brescia

FONDAZIONE PAOLA DI ROSA

- R.S.A. VILLA SALUTE**
Via Ottaviano Montini n. 37 - 25133 Brescia
- R.S.A. MONS. PINZONI**
Via Ottaviano Montini n. 37 - 25133 Brescia
- POSTI SOLVENTI**
(costo a completo carico dell'utente)

ALLA PRESENTE DOMANDA SI DEVE OBBLIGATORIAMENTE ALLEGARE:

- Fotocopia leggibile fronte retro di un documento identità dell'utente in corso di validità
- Fotocopia leggibile fronte retro della tessera sanitaria
- Fotocopia dell'eventuale verbale di invalidità
- Certificazione sanitaria su modulo allegato
- Fotocopia dell'eventuale Decreto di Nomina dell'Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore

Consenso al trattamento.

Il/la sottoscritto/a, nato/a a....., il.....dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 e di avere preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. medesimo "Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti", ed esprime il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Data

Firma di chi presenta la domanda

.....

N.B. Il presente modulo deve essere compilato in tutti i suoi campi

CERTIFICATO MEDICO PER INSERIMENTO LISTA D'ATTESA UNICA R.S.A.

Signor/a _____ Luogo e data di nascita _____

Medico curante _____ Ass. Sociale di riferimento _____

Valutazione dell'autonomia nelle ADL (Indice di Barthel) (obbligatorio)

	1 dipendenza completa	2 dipendenza grave	3 dipendenza moderata	4 dipendenza lieve	5 autosuff.
deambulazione	0	3	8	12	15
locomozione su sedia a rotelle	0	1	3	4	5
scale	0	2	5	8	10
trasferimento letto/sedia	0	3	8	12	15
Toilette uso dei servizi	0	2	5	8	10
continenza intestinale	0	2	5	8	10
continenza urinaria	0	2	5	8	10
alimentazione	0	2	5	8	10
abbigliamento	0	2	5	8	10
igiene personale	0	1	3	4	5
bagno/doccia	0	1	3	4	5

Punteggio Barthel _____ / 100

Funzioni cognitivo-comportamentali (obbligatorio)

	grave	moderato	lieve	assente
Confusione (disorientamento spazio-temporale, turbe della memoria)	1 (6)	2 (4)	3 (2)	4 (0)
Irritabilità.....	1	2	3	4
Irrequietezza.....	1 (6)	2 (4)	3 (2)	4 (0)
Agitazione motoria __ 				
Deambulazione afinalistica __ 				
Aggressività verbale e fisica, vocalizzi __ 				
Deliri	1	2	3	4
Ansia	1	2	3	4
Depressione	1	2	3	4
Insonnia	1	2	3	4

Funzioni psico-sensoriali (obbligatorio)

	assente	limitata	integra
Capacità di comunicare	1	2	3
Vista	1	2	3
Udito	1	2	3

Note

.....

.....

CERTIFICATO MEDICO PER INSERIMENTO LISTA D'ATTESA UNICA R.S.A.

Condizioni sanitarie (CIRS) (obbligo di precisare le patologie)

ACV (solo cuore)	1	2	3	4	5
Ipertensione (si valuta la severità, considerare gli organi coinvolti separatamente)	1	2	3	4	5
.....					
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	1	2	3	4	5
.....					
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	1	2	3	4	5
.....					
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	1	2	3	4	5
.....					
Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	1	2	3	4	5
.....					
Apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)	1	2	3	4	5
.....					
Patologie epatiche (solo fegato)	1	2	3	4	5
.....					
Patologie renali (solo rene)	1	2	3	4	5
.....					
Altre genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	1	2	3	4	5
.....					
Sistema muscolo-scheletrico – cute	1	2	3	4	5
.....					
Sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza)	1	2	3	4	5
.....					
Endocrino-metabolico (include diabete, infezioni, stati tossici)	1	2	3	4	5
.....					
Psichiatrico-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5
.....					

Leggenda patologie in atto: 1 – Assente; 2 – Lieve; 3 – Moderato; 4 – Grave; 5 – Molto grave;

Altri problemi sanitari

(qualora non fosse compilato niente è da intendersi che non esistono tali patologie)

Diete particolari _____ Disfagia SNG/PEG
Patologia oncologica avanzata _____ Stato Vegetativo Persistente
Sclerosi Multipla Sclerosi Laterale Amiotrofica Ossigenoterapia Tracheotomia
Patologia psichiatrica _____ Alcolismo Tabagismo
Malattie infettive: _____ Presenza lesioni de decubito _____
Altro (specificare) _____
Note _____

Terapie in atto (obbligatorio):

Data _____

Timbro e firma del medico _____