

Via _____ N° _____ Comune _____

RICHIESTA DI AMMISSIONE numero _____

DATA di presentazione della RICHIESTA di AMMISSIONE ____/____/____

Nome..... **Cognome**..... **Sesso** M F

Cognome Marito..... **eventuale soprannome**

Nato/a a **Prov**..... **il** ____/____/____

Residente..... **Prov**..... **Via**.....

Cittadinanza..... **ASL di residenza**

Scolarità: nessuna elementari medie inferiori medie superiori università

Professione

Stato civile: 1 celibe/nubile 2 coniugato/a 3 separato/a 4 divorziato/a
 5 vedovo/a 6 non dichiarato

Numero figli maschi: **Numero figlie femmine:**

Religione: nessuna professa la religione: cattolica ebraica musulmana
protestante testimone di Geova altra

Codice Fiscale **Tessera Sanitaria**.....

Tipo della domanda: 1 Nuova domanda 2 Domanda presentata in precedenza
 3 Inserimento avvenuto 4 Rinuncia temporanea
 5 Rinuncia definitiva 6 Decesso

Motivo della domanda: 0 Dato non rilevato 1 Ha perso l'autonomia fisica/psichica
 2 La famiglia non è in grado di provvedere 3 Vive solo
 4 L'alloggio è inadatto 9 Altro

Iniziativa della domanda: 0 Dato non rilevato 1 Soggetto stesso
 2 Familiare o affine 3 Assistente sociale o altri servizi
 4 Medico 5 Tutore 9 Altro

Tipologia Assistenziale: 1 Ricovero ordinario 2 ricovero di sollievo
 3 Ricovero di emergenza o pronto intervento

Soggetto con buono socio-sanitario: Dato non rilevato Si
 No in lista di attesa No

Soggetto con assegno di accompagnamento: Dato non rilevato Si
 No domanda presentata No

Soggetto in ADI: Dato non rilevato Si No

Provenienza Ospite: 1 Soggetto che accede direttamente alla struttura dal domicilio
 3 Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica

- 4 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) accreditata
- 5 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) non accreditata
- 6 Soggetto in dimissione da Istituto di riabilitazione
- 7 Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia (Centro diurno integrato – ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento)
- 8 Soggetto in dimissione da altra struttura (Centro diurno integrato e ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento in altre RSA)
- 9 Altro.

- Onere della retta:**
- 1 SSR (a totale carico del Servizio Sanitario Regionale – dimessi da Ospedali Psichiatrici).
 - 2 Differenza a carico del comune.
 - 3 Differenza a carico dell'ospite.
 - 4 Differenza sia a carico del comune che dell'ospite.
 - 5 A totale carico dell'ospite.
 - 6 Differenza a carico di altri Enti.

Persone/Parenti di riferimento:

Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.

Informativa D.Lgs 196/03: 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 Direttore Amministrativo della Struttura cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui 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:

- A.S.L., 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.

FIRMA

STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale			
Deterioramento cognitivo	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato	<input type="checkbox"/> grave	
Comprensione ordini semplici	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati	<input type="checkbox"/> gravi	
↳ Specificare			

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE


Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Supporto familiare /caregiver	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
↳ Con quali risultati?	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Nullo

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

Struttura inviante

In fede

.....


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

Luogo e data,.....