

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)**

RICHIEDENTE

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

Cognome e Nome _____

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

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: casa/ufficio _____

Recapiti telefonici: cellulare _____

E-mail: _____@_____.

Altri riferimenti: _____

In qualità di _____

**RICHIESTE INSERIMENTO PRESSO LA RSA
PER IL SIG./LA SIG.RA**

Cognome e Nome _____

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

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Numero documento di identità _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Esenzione _____

ATS di appartenenza _____ Distretto _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapito Telefonico _____

Cittadinanza _____

Religione _____

Compilare solo se occorre

- Domicilio differente dalla residenza:

Domiciliato in _____ CAP _____

Via / Corso _____

- Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)**

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO
<input type="checkbox"/> Condizioni abitative non idonee <input type="checkbox"/> Vive solo/sola <input type="checkbox"/> Perdita autonomia <input type="checkbox"/> Quadro clinico compromesso <input type="checkbox"/> Mantenimento/miglioramento capacità residue <input type="checkbox"/> Altro (ad es: problematiche sociofamiliari) _____

PROVENIENZA
<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Istituto di ricovero per acuti (ospedale) <input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica <input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione <input type="checkbox"/> Altra RSA <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO
<input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Lungodegenza Preferenza tipologia di camera: _____

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente: _____ _____

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, motivazione: _____ note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA
Con chi vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti: _____ <input type="checkbox"/> Badanti Presenza: _____ _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____ <input type="checkbox"/> Casa di proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Casa ALER <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Altro: _____

TUTELA
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Numero decreto: _____ <input type="checkbox"/> Interdizione <input type="checkbox"/> Altro: _____ Nome e Cognome AdS/Tutore: _____ _____ Qualifica: <input type="checkbox"/> Familiare: _____ <input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.) _____ _____ Recapiti: _____ _____ _____

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)**

SITUAZIONE FAMILIARE
<input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Celibe/nubile <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Non dichiarato <input type="checkbox"/> Altro: _____
<input type="checkbox"/> Fratelli (N:) <input type="checkbox"/> Sorelle (N:)
<input type="checkbox"/> Figli (N:) <input type="checkbox"/> Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA
<input type="checkbox"/> Nessuna pensione <input type="checkbox"/> Anzianità/vecchiaia <input type="checkbox"/> Minima/sociale <input type="checkbox"/> Guerra/infortunio sul lavoro, etc <input type="checkbox"/> Reversibilità
<input type="checkbox"/> In attesa di invalidità <input type="checkbox"/> Invalidità ↳ Codice: _____
↳ Percentuale: _____ %
↳ Indennità accompagnamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> in attesa di accompagnamento

LIVELLO DI ISTRUZIONE
<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Diploma medie inferiori <input type="checkbox"/> Diploma medie superiori in _____ <input type="checkbox"/> Laurea in: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____

PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO
<input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Agricoltore <input type="checkbox"/> Operaio, ambito _____ <input type="checkbox"/> Impiegato, ruolo _____ <input type="checkbox"/> Artigiano, ambito _____ <input type="checkbox"/> Insegnante, in _____ <input type="checkbox"/> Imprenditore, ambito _____ <input type="checkbox"/> Libero Professionista, _____ <input type="checkbox"/> Altro _____

SERVIZI SOCIO SANITARI
Servizi Socio Sanitari attivi: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare):
<input type="checkbox"/> CMA di zona _____ Assistente sociale: _____ Recapiti: _____ Tipo di servizi usufruiti: _____
<input type="checkbox"/> Custode sociale – Portierato Sociale _____
<input type="checkbox"/> ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
<input type="checkbox"/> CDI (Centro Diurno Integrato) _____
<input type="checkbox"/> CPS (Centro Psico Sociale) _____
<input type="checkbox"/> Associazioni di volontariato _____
<input type="checkbox"/> Altro (ad esempio: telesoccorso, etc) _____

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)**

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Direttamente<input type="checkbox"/> Servizio Sociale di: <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> Ospedale<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante)<input type="checkbox"/> Medico specialista _____<input type="checkbox"/> Passaparola<input type="checkbox"/> Pubblicità<input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni<input type="checkbox"/> Internet<input type="checkbox"/> Associazioni _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del D.L.gs.196 del 2003 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:

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)**

La scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di Milano e Area Nord (Distretti 1 – 7).

Il suo obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso la RSA.

La scheda sanitaria deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

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; non include la demenza)	<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 (include demenza , 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
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)**

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE (IN ATTO)

.....

.....

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

.....

.....

ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI

Autonomia nel movimento*	<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*	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro.....
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data ultimo posizionamento: / / 20.....
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
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	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Specificare:

Deficit sensoriali

Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Corretta con protesi

***È possibile barrare più caselle**

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)**

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"/> 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	<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 di 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:
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 /necessita di 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
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"/> periferico <input type="checkbox"/> centrale
Peso corporeo: kg	Altezza: cm
Allergie	<input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:

