DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA

Questo modulo è valido per l'inserimento nella RSA Santa Chiara di Volterra. L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità all'inserimento.
Si prega di compilare in maniera completa e leggibile.

GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA
(COMPILARE SOLO SE DIVERSA DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ___/___/_____Luogo di nascita_____

in qualità di: ☐ AdS / ☐ Tutore / ☐ Altro, specificare_____

C.F. _____ Residente in_____ CAP _____

Indirizzo _____Telefono_____

E-mail per comunicazioni (obbligatoria)_____

Periodo interessato dal_____al_____

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico	Indirizzo
1)			
2)			
3)			

PER IL SIGNOR / LA SIGNORA

Cognome e Nome _____Sesso: ☐ M / ☐ F

Data di nascita ___/___/_____ Luogo di nascita_____

C.F. _____Documento d'identità n._____ Scadenza___/___/_____

Residente in via _____n.____ Città_____(___)

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

_____Cittadinanza_____

(Se cittadino extracomunitario: Permesso di soggiorno ☐ SÌ, scade il _____ / ☐ NO)

Codice Esenzione ticket sanitari _____

Medico curante (Nome e telefono) Dr./Dr.ssa_____

RICHIEDE L'INSERIMENTO PRESSO LA RSA SANTA CHIARA

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. S'impegna inoltre a comunicare alla RSA Santa Chiara l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, ecc.)

Data_____ **Firma dell'interessato o del richiedente**_____

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

- ☐ Condizioni abitative non idonee
- ☐ Vive solo/sola
- ☐ Perdita autonomia
- ☐ Quadro clinico compromesso
- ☐ Mantenimento/miglioramento capacità residue
- ☐ Rischio permanenza al domicilio
- ☐ Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)

_____

PROVENIENZA

- ☐ Domicilio
- ☐ Ospedale
- ☐ Struttura psichiatrica
- ☐ Istituto di riabilitazione
- ☐ Altra RSA _____
- ☐ Altro:_____

_____

TIPOLOGIA DI RICOVERO

- ☐ Privato
- ☐ Convenzionato con_____ ☐ Temporaneo / ☐ Definitivo

LA RICHIESTA DI RICOVERO È STATA CONDIVISA CON L'INTERESSATO? ☐ SÌ / ☐ NO

SITUAZIONE FAMILIARE

- ☐ Coniugato/a ☐ Divorziato/a
- ☐ Celibe/nubile ☐ Separato/a
- ☐ Vedovo/a ☐ _____

- ☐ Fratelli (n._____) ☐ Sorelle(n._____)
- ☐ Figli (n._____) ☐ Figlie (n._____)

INVALIDITÀ CIVILE

- ☐ NO
- ☐ SÌ (percentuale: _____ %)
- ☐ In attesa di riconoscimento

Indennità di accompagnamento:

☐ SÌ / ☐ NO / ☐ in attesa

LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- ☐ Nessuna scolarità ☐ Licenza elementare ☐ Diploma medie inferiori
- ☐ Diploma medie superiori in _____
- ☐ Laurea in _____
- ☐ Professione pre pensionamento _____
- ☐ Interessi / hobby _____

RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi: ☐ NO / ☐ SÌ (specificare):

- ☐ ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
- ☐ CD (Centro Diurno) _____
- ☐ Associazioni di volontariato_____
- ☐ Altro (ad esempio: supporto vicinato, ecc.)_____

COME È VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA SANTA CHIARA?

- ☐ Direttamente
- ☐ Servizio Sociale di_____
- ☐ Ospedale di _____
- ☐ Medico curante Dr._____
- ☐ Medico specialista Dr. _____
- ☐ Passaparola
- ☐ Pubblicità
- ☐ Eventi/manifestazioni
- ☐ Internet
- ☐ Associazioni_____

AL FINE DI ORGANIZZARE IL RICOVERO IN RSA, SI RICHIEDONO LE SEGUENTE INFORMAZIONI :

Condizione Clinica Notturna / Acuta	**SÌ**	**NO**
Il paziente ha bisogno di **iniezioni, flebo o farmaci** da somministrare obbligatoriamente negli **orari notturni** (tra le 22:00 e le 07:00)?	☐	☐
Il paziente soffre di **crisi frequenti e improvvise** che richiedono l'intervento **immediato** di un infermiere (es. crisi respiratorie gravi, epilessia non controllata, picchi di pressione pericolosi)?	☐	☐
Il paziente ha il **diabete** e soffre di frequenti e improvvisi **sbalzi di zucchero** (ipoglicemie/iperglicemie) **durante la notte** che richiedono il controllo della glicemia e l'uso di insulina notturna?	☐	☐
Il paziente ha bisogno di un **respiratore artificiale** (meccanico) o di **maschere per l'ossigeno ad alti flussi** che richiedono un controllo continuo?	☐	☐
Il paziente ha bisogno di essere **aspirato frequentemente** con un sondino in gola per respirare, specialmente di notte?	☐	☐
Il paziente soffre di **forte agitazione, aggressività fisica** verso se stesso o verso gli altri, o **crisi psichiatriche acute** che non si riescono a calmare con i normali farmaci quotidiani?	☐	☐
Il paziente ha da poco subìto un intervento chirurgico ed ha **drenaggi** ancora attivi?	☐	☐
Terapia del Dolore e Sintomi Acuti	**SÌ**	**NO**
Il paziente è affetto da patologie (oncologiche, degenerative, neurologiche) che causano **picchi improvvisi di dolore acuto, dispnea (fame d'aria) o forte agitazione durante la notte**, richiedendo la somministrazione di farmaci "al bisogno" che comportino una valutazione clinica della dose o un'iniezione sottocutanea o intramuscolare?	☐	☐
Nutrizione Artificiale e Presidi (NPT / SNG / PEG)	**SÌ**	**NO**
Il paziente viene **nutrito artificialmente tramite una flebo** nel braccio o nel petto (Nutrizione Parenterale Totale)?	☐	☐
Se SÌ: l'infusione avviene anche di notte?	☐	☐
Il paziente è **portatore di SNG** (Sondino Naso-Gastrico)?	☐	☐
Presenta stati di agitazione con **tentativi di autorimozione**?	☐	☐
Necessita di **contenzione agli arti superiori**?	☐	☐
Criteri Specifici per Pazienti Portatori di Tracheostomia	**SÌ**	**NO**
Il paziente è portatore di tracheostomia **da meno di tre mesi**?	☐	☐
È presente una **cannula con palloncino** (cuffiata)?	☐	☐
Il paziente è in grado di **tossire efficacemente**?	☐	☐
Il paziente si presenta **agitato o confuso**?	☐	☐
Mobilità e Rischio Cadute Notturne	**SÌ**	**NO**
Il paziente **cammina continuamente durante la notte**, entra nelle altre stanze o cerca le uscite?	☐	☐
Il paziente ha un **passo stabile, o barcolla**?	☐ stabile	☐ barcolla
Ha una storia recente di **fratture** o **cadute**?	☐	☐
Ha mai fatto uso di **sponde al letto**?	☐	☐
Se SÌ: ha mai provato a **scavalcarle**?	☐	☐
Fa uso di **farmaci per dormire** (ipnotici/sedativi)?	☐	☐

Patologie in atto		
☐ Demenza grave / Alzheimer	☐ Parkinson	☐ Altro _____
Autonomia		
☐ Deambulazione autonoma	☐ Deambulazione assistita (a braccetto)	
☐ Deambulazione con ausili	☐ Carrozzina	☐ Allettato
Stato di coscienza		
☐ Vigile e orientato	☐ Non orientato	
☐ Vigile parzialmente orientato	☐ Soporoso	☐ Comatoso
Stato del sonno		
☐ Regolare	☐ Irregolare	☐ Non dorme
Comportamento		
☐ Collaborante / ☐ Poco collaborante / ☐ Non collaborante		
☐ Tranquillo / ☐ Agitato		
☐ Tendente alla depressione e/o ansia	☐ Violento verso se stesso	
☐ Tendente alla fuga	☐ Violento verso gli altri	
Ha tendenza alla deambulazione continua? *(Wandering)* ☐ SÌ ☐ NO		
Terapie		
È in terapia con **ossigeno**?	☐ SÌ ☐ NO	
Se sì, indicare per quante ore:	di giorno_____	di notte_____
È in terapia con **farmaci endovena**?	☐ SÌ ☐ NO	
Ha **accessi venosi** centrali e/o periferici?	☐ SÌ ☐ NO	
Se sì, di quale tipo?_____		
Utilizza **macchine per il supporto alla respirazione** (es. Cpap-Bpap)? ☐ SÌ ☐ NO		
Se sì, di quale tipo?_____		
Fumo		
☐ NO	☐ meno di 10 al giorno	☐ tra 10 e 20 al giorno ☐ più di 20 al giorno
Vaccinazione anti COVID-19		
☐ Non effettuata / ☐ Effettuata, indicare ultima dose: [1ª] [2ª] [3ª] [4ª] in data ___/___/_____		

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- CARTA D'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, ECC.)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI: _____

_____

_____

Ai sensi del D.Lgs.196/2003 e del Reg. UE 679/2016 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_____ **Firma del richiedente**_____

COMPILAZIONE RISERVATA AGLI UFFICI

NUCLEO DI APPARTENENZA _____

INGRESSO PREVISTO IL _____