 <p>RSA - HOSPICE - ADI <b>San Francesco</b> serenità e fiducia</p>	<p><b>Residenza Sanitario Assistenziale</b></p> <p><b>SAN FRANCESCO</b></p>	<p>Domanda di inserimento in RSA</p> <p>Pagina [1] di 13</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

## DOMANDA DI INSERIMENTO IN R.S.A.

N.B: allegare copia del documento identità e tessera sanitaria

### Dati Anagrafici Ospite

Sig./Signora \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residenza: Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_

### **Grado di Istruzione :**

• Analfabeta • Alfabeto senza titolo • Licenza Elementare • Media inferiore • Diploma • Laurea

Professione svolta : \_\_\_\_\_

### **Tipo di pensione :**

• Pensione da lavoro • Minima/Sociale • Reversibilità • Indennità di guerra • Indennità di invalidità • Nessuna

### **Dati sanitari Ospite**


Codice assistito (N. Tessera Sanitaria) \_\_\_\_\_

Codice Tessera Esenzione/Invalidità (es. IC14.15 – 031 – 048 ecc ...) \_\_\_\_\_

Esenzione per reddito (inferiore a € 38.500,00 annui) SI • NO •

Il potenziale Ospite ha ottenuto il riconoscimento per:

• Invalidità • Accompagnamento • Domanda presentata in attesa di visita • Visita Effettuata

	<b>Residenza Sanitario Assistenziale</b>  <b>SAN FRANCESCO</b>	Domanda di inserimento in RSA  Pagina [2] di 13
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

### Dati sociali Ospite

Attualmente la persona è:

- c/o il proprio domicilio: • sola      • con coniuge      • con familiari      • con assistente privata

Le condizioni dell'attuale domicilio sono:

- Idonee ad ospitare il paziente  
 parzialmente idonee ad ospitare il paziente  
 NON idonee ad ospitare il paziente

Oppure il paziente si trova:

- c/o il familiare \_\_\_\_\_  
 c/o Istituto di Riabilitazione / altra RSA \_\_\_\_\_  
 c/o Azienda Ospedaliera \_\_\_\_\_  
 c/o presidio psichiatrico \_\_\_\_\_


Attualmente la persona è assistita da:

- presenza costante di un familiare/caregiver  
 presenza saltuaria di un familiare/caregiver  
 assenza di familiari/caregiver  
 paziente in carico ai servizi sociali

Al momento risultano attivate cure domiciliari e/o Assistenza domiciliare integrata?

- SI       NO

**N° figli maschi** \_\_\_\_      **N° figli femmine** \_\_\_\_

	<b>Residenza Sanitario Assistenziale</b>  <b>SAN FRANCESCO</b>	Domanda di inserimento in RSA  Pagina [3] di 13
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

**Dati del Delegato / Garante /Tutore/ amministratore di sostegno**

Sig./Signora \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**Altri parenti e/o persone di riferimento**

Sig./Signora \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Sig./Signora \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**Dati intestatario fattura (se diverso dall'Ospite)**


Sig./Signora \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

	<b>Residenza Sanitario Assistenziale</b>  <b>SAN FRANCESCO</b>	Domanda di inserimento in RSA  Pagina [4] di 13
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

## ELENCO DEI FARMACI A CUI IL PAZIENTE E' ALLERGICO

.....


.....

.....

## SOSTANZE O PRODOTTI CHE PROVOCANO ALLERGIE O INTOLLERANZE

(barrare con una X)

- Cereali contenenti glutine, cioè: grano, segale, orzo, avena, farro, kamut o i loro ceppi ibridati e prodotti derivati, tranne: sciroppi di glucosio a base di grano, incluso destrosio.
- Crostacei e prodotti a base di crostacei
- Uova e prodotti a base di uova
- Pesce e prodotti e prodotti a base di pesce
- Vino
- Arachidi e prodotti a base di arachidi
- Soia e prodotti a base di soia, tranne:
  - o Olio e grasso di soia raffinato
  - o Tocoferoli misti naturali (E306), tocoferolo D-alfa naturale, tocoferolo acetato D-Alfa naturale, tocoferolo succinato D-alfa naturale a base di soia
  - o Oli vegetali derivati da fitosteroli e fitosteroli esteri a base di soia
  - o Estere di stanolo vegetale prodotto da steroli di olio vegetale a base di soia
- Latte e prodotti a base di latte (incluso lattosio)
- Frutta a guscio, vale a dire: mandorle, nocciole, pistacchi, noci tranne per la frutta a guscio utilizzata per la fabbricazione di distillati alcolici, incluso l'alcool etilico di origine agricola.
- Sedano e prodotti a base di sedano
- Anidride solforosa e solfiti in concentrazioni superiori a 10 mg/kg o 10mg/litro in termini di SO 2 totale da calcolarsi per i prodotti così come proposti pronti al consumo e ricostituiti conformemente alle istruzioni dei fabbricanti.
- Molluschi e prodotti a base di molluschi
- Frutta fresca (indicare quale) .....

	<b>Residenza Sanitario Assistenziale</b>  <b>SAN FRANCESCO</b>	Domanda di inserimento in RSA  Pagina [5] di 13
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

### **INFORMATIVA PRECONTRATTUALE RICOVERO IN RSA:**

**DEPOSITO CAUZIONALE: 1 MENSILITA' (2.000,00 EURO CAMERA DOPPIA, 2500,00 EURO**

**CAMERA SINGOLA)**

**RETTA GIORNALIERA: 70 EURO CAMERA DOPPIA escluso il servizio lavanderia**

**72 EURO CAMERA DOPPIA incluso il servizio lavanderia**

**80 EURO CAMERA SINGOLA incluso il servizio lavanderia**

**RETTA ALZHEIMER: 75 EURO**

**RETTA RICOVERO DI SOLLIEVO: 75 EURO CAMERA DOPPIA**

**85 EURO CAMERA SINGOLA**

**LA RETTA E' ANTICIPATA – IL VERSAMENTO DELLA CAUZIONE VA EFFETTUATO AL MOMENTO DEL RICOVERO.**


### **INFORMATIVA PRECONTRATTUALE RICOVERO IN RSA APERTA:**

**PRESTAZIONI EROGATE IN FUNZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE SULLA BASE DEL PROGETTO EX D.G.R. 856 e successive modifiche. Ore mensili erogabili sulla base del Voucher assegnato e del P.I. stabilito dall'equipe multidimensionale.**

**PRESTAZIONI EXTRA VOUCHER A CARICO DELL'UTENTE.**

**QUALORA LA RICHIESTA DI RICOVERO SIA RELATIVA AD UN PAZIENTE IN CONDIZIONI DI MANIFESTA INCAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE IL RICHIEDENTE SI IMPEGNA SIN D'ORA AD ATTIVARE LE PROCEDURE AL FINE DI NOMINARE UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO O UN TUTORE LEGALE.**

Data \_\_\_\_\_ Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

	<b>Residenza Sanitario Assistenziale</b>  <b>SAN FRANCESCO</b>	Domanda di inserimento in RSA  Pagina [6] di 13
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016, NONCHÉ DELL'ART. 13 D.LGS. 196/2003**

**Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati personali**

Titolare del trattamento è la Società San Francesco S.r.l. in persona del dott. Domenico Nappa, nato a Alzano Lombardo il 21/12/1973, con domicilio eletto presso la sede della Società, in Pinarolo Po (PV), Via Don Luigi Rovelli n. 12.

Il Titolare del trattamento può essere contattato all'indirizzo di posta elettronica [direzione.amministrativa@sanfrancescorsa.it](mailto:direzione.amministrativa@sanfrancescorsa.it)

Si segnala che il Titolare del trattamento ha nominato Responsabile della protezione dei dati personali (RPD ovvero, data protection officer, DPO) il dott. Alessio Antonio Federico Dosi, nato a Broni (PV) il 31 gennaio 1984, il quale può essere contattato attraverso le modalità di seguito specificate: [privacy@sanfrancescorsa.it](mailto:privacy@sanfrancescorsa.it)

**Dati oggetto del trattamento**

Il trattamento effettuato dal Titolare ha ad oggetto i Suoi dati personali, ivi compresi i dati sanitari e quelli riguardanti il Suo stato di salute.

Il trattamento può altresì comportare l'utilizzo di immagini e/o di videoriprese all'interno della struttura per fini non commerciali. In particolare le immagini potranno essere pubblicate su social network senza fini commerciali..

**Finalità del trattamento dei dati**

Il trattamento dei dati personali, ivi compresi i dati sanitari di cui all'art. 9 Regolamento europeo 679/2016, è finalizzato alla gestione del ricovero presso la Residenza Sanitaria Assistenziale San Francesco, ubicata in Pinarolo Po (PV), via Don Luigi Rovelli n. 12, sia attraverso il servizio hospice che attraverso il servizio degenza socio-sanitaria assistenziale, o alla erogazione di servizi di assistenza verso persone parzialmente non autosufficienti e affette da alzheimer o altre malattie psicosomatiche presso la stessa struttura, o infine alla erogazione di prestazioni sanitarie e cure a domicilio.

I dati personali potranno essere trattati a mezzo sia di archivi cartacei che informatici (ivi compresi dispositivi portatili) e trattati con modalità strettamente necessarie a far fronte alle finalità sopra indicate.

**Base giuridica del trattamento**

I suoi dati, ai sensi dell'art. 6 del Regolamento europeo citato, saranno lecitamente trattati, oltre che nel caso di espressa manifestazione di consenso da parte Sua, anche al fine di:

- dare esecuzione ad un contratto di cui Lei è parte;
- rispettare gli obblighi previsti dalla normativa vigente ai quali è soggetto il Titolare del trattamento;
- salvaguardare gli interessi vitali Suoi o di un'altra persona fisica.

**Conseguenze della mancata comunicazione dei dati personali**

Con riguardo ai dati personali relativi all'esecuzione del contratto di cui Lei è parte o relativi all'adempimento ad un obbligo normativo (ad esempio gli adempimenti legati alla tenuta delle scritture contabili e fiscali), la mancata comunicazione dei dati personali impedisce il perfezionarsi del rapporto contrattuale stesso.

**Conservazione dei dati**

I Suoi dati personali, oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate, saranno conservati per tutto il periodo di durata del contratto, e comunque durante l'intero periodo di ricovero presso la Residenza Sanitaria Assistenziale San Francesco o durante l'intero arco temporale di prestazione di altri servizi assistenziali e socio-sanitari presso la medesima Residenza o a domicilio.

Anche successivamente, i Suoi dati potranno essere conservati per il tempo strettamente necessario al Titolare per adempiere agli obblighi di conservazione per finalità fiscali o per altre finalità previste da norme di legge.

**Comunicazione dei dati**

I Suoi dati personali, ivi compresi quelli sanitari, potranno essere comunicati a:

- i. medici e personale sanitario che operano per conto del Titolare del trattamento;

	<b>Residenza Sanitario Assistenziale</b>  <b>SAN FRANCESCO</b>	Domanda di inserimento in RSA  Pagina [7] di 13
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

- ii. enti pubblici, ospedali e altri organismi sanitari;
- iii. consulenti e commercialisti o legali che erogano prestazioni funzionali ai fini sopra indicati;
- iv. istituti bancari e assicurativi che erogano prestazioni funzionali ai fini sopra indicati;
- v. soggetti che elaborano i dati in esecuzione di specifici obblighi di legge;
- vi. Autorità giudiziarie o amministrative, per l'adempimento degli obblighi di legge.

#### **Profilazione e Diffusione dei dati**

I Suoi dati personali non sono soggetti a diffusione né ad alcun processo decisionale interamente automatizzato, ivi compresa la profilazione.

#### **Diritti dell'interessato**

Tra i diritti a Lei riconosciuti rientrano quelli di:

- chiedere al Titolare l'accesso ai Suoi dati personali ed alle informazioni relative agli stessi;
- richiedere ed ottenere dal Titolare - nelle ipotesi in cui la base giuridica del trattamento sia il contratto o il consenso, e lo stesso sia effettuato con mezzi automatizzati - i Suoi dati personali in un formato strutturato e leggibile da dispositivo automatico, anche al fine di comunicare tali dati ad un altro titolare del trattamento (c.d. diritto alla portabilità dei dati personali);
- chiedere al Titolare la rettifica dei dati inesatti o l'integrazione di quelli incompleti;
- chiedere al Titolare la cancellazione dei dati personali che La riguardano (al verificarsi di una delle condizioni indicate nell'art. 17, paragrafo 1 del Regolamento europeo e nel rispetto delle eccezioni previste nel paragrafo 3 dello stesso articolo);
- chiedere al Titolare la limitazione del trattamento dei Suoi dati personali (al ricorrere di una delle ipotesi indicate nell'art. 18, paragrafo 1 del Regolamento europeo);
- opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi dati personali al ricorrere di situazioni particolari che La riguardano;
- revocare il consenso in qualsiasi momento, limitatamente alle ipotesi in cui il trattamento sia basato sul Suo consenso per una o più specifiche finalità e riguardi dati personali comuni (ad esempio data e luogo di nascita o luogo di residenza), oppure particolari categorie di dati (ad esempio dati che rivelano la Sua origine razziale, le Sue opinioni politiche, le Sue convinzioni religiose, lo stato di salute o la vita sessuale). Il trattamento basato sul consenso ed effettuato antecedentemente alla revoca dello stesso conserva, comunque, la sua liceità;
- proporre reclamo a un'autorità di controllo (Autorità Garante per la protezione dei dati personali – [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

#### **CONSENSO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ codice fiscale: \_\_\_\_\_

- in qualità di titolare dei dati personali oggetto di trattamento e beneficiario dei servizi erogati dall'Ente;
- in qualità di \_\_\_\_\_ del titolare dei dati personali oggetto di trattamento e beneficiario dei servizi erogati dall'Ente;

- dichiaro di aver ricevuto per iscritto le informazioni relative al trattamento dei dati personali;

- affinché la Società San Francesco S.r.l. ponga in essere le attività sopra descritte per le quali il consenso rappresenta la base giuridica del trattamento


presto il consenso

nego il consenso

al trattamento da parte del Titolare, del Responsabile e di altri eventuali incaricati dei dati personali, ivi compresi quelli sanitari, nei limiti e per le finalità sopra descritte.

Data-Luogo, \_\_\_\_\_

Firma sig. \_\_\_\_\_

 <p>RSA - HOSPICE - ADI <b>San Francesco</b> serenità e fiducia</p>	<p><b>Residenza Sanitario Assistenziale</b></p> <p><b>SAN FRANCESCO</b></p>	<p>Domanda di inserimento in RSA</p> <p>Pagina [8] di 13</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

## SCHEDA SANITARIA

### RELAZIONE ASSISTENZIALE

(da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

Nome dell'assistito .....

#### TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia
- È indipendente

#### DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- Cammina senza aiuto

#### LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri

#### IGIENE PERSONALE

- Incapace di provvedere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti
- Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- È capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi

#### ALIMENTAZIONE

- Deve essere imboccato
- Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
- Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliare la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- Totale indipendenza nel mangiare



#### CONFUSIONE

- È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive
- È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- È in grado di pensare chiaramente

#### IRRITABILITÀ

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo

#### IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi
- Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione
- Mostra ogni tanto segni di irrequietezza
- Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

#### ALTRE SEGNALAZIONI


- ❖ Incontinenza:
  - Assente
  - Solo urinaria
  - Solo fecale
  - Doppia
- ❖ Gestione incontinenza:
  - Presidi assorbenti
  - Ano artificiale
  - Catetere
- ❖ Ausili per il movimento:
  - Bastone/deambulatore
  - Carrozzina
  - Nessuno

Il compilatore:

Cognome ..... Nome .....

in qualità di .....

Data ..... Firma .....

 <p>RSA - HOSPICE - ADI <b>San Francesco</b> serenità e fiducia</p>	<b>Residenza Sanitaria Assistenziale</b>  <b>SAN FRANCESCO</b>	Domanda di inserimento in RSA  Pagina [10] di 13
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

## RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito .....

- M  
 F

Data di nascita ..... Data di compilazione .....

**LEGENDA**

**A:** assente; **L:** lieve - trattamento facoltativo; prognosi eccellente; **M:** moderata - trattamento necessario; prognosi buona; **G:** grave; è invalidante - trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; **MG:** molto grave - trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA	Gravità
------	---------

(barrare la casella che interessa come da legenda)

solo per la patologia più grave

PATOLOGIE CARDIACHE	A	L	M	G	MG
---------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi: .....

IPERTENSIONE (si valuta la severità)	A	L	M	G	MG
--------------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi: .....

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	M	G	MG
---------------------------------------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi: .....

APPARATO RESPIRATORIO	A	L	M	G	MG
-----------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi: .....

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe)	A	L	M	G	MG
-------------------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi: .....

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	M	G	MG
------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi: .....

APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

FEGATO	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

RENE	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--------------------------------------------------------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
----------------------------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--------------------------------------------------------------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------


Diagnosi: .....

.....

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
---------------------------------------------------------------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: .....

.....

 <p>RSA - HOSPICE - ADI <b>San Francesco</b> serenità e fiducia</p>	<b>Residenza Sanitario Assistenziale</b>  <b>SAN FRANCESCO</b>	Domanda di inserimento in RSA  Pagina [12] di 13
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

### ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare:
Lesione da decubito			Sede: Stadio:
Dialisi			Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria			Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
Alimentazione artificiale			SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza			Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento			Bastone e/o deambulatore: Carrozzina:
Protesi			Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
Disorientamento tempo/spazio			Note:
Vagabondaggio			Note:
Agitazione psico-motoria			Note:
Inversione ritmo sonno-sveglia			Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente			Obesità: Sottopeso:
Allergie a farmaci			Specifica:
Allergie ad alimenti			Specifica:

 <p>RSA - HOSPICE - ADI <b>San Francesco</b> serenità e fiducia</p>	<p><b>Residenza Sanitario Assistenziale</b></p> <p><b>SAN FRANCESCO</b></p>	<p>Domanda di inserimento in RSA</p> <p>Pagina [13] di 13</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

<b>TERAPIA IN ATTO</b>
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<b>DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE</b>
<p>Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici, ...). Elencare documentazione prodotta:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Recapito telefonico del Medico .....</p>
<p>Firma del Medico</p> <p>.....</p>