



## DOMANDA DI INSERIMENTO

### Dati Anagrafici dell'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 \_\_\_\_\_

Ospite ha ottenuto il riconoscimento per:

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

### Dati sociali Ospite

Attualmente la persona è:

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

c/o il familiare \_\_\_\_\_

c/o Istituto di Riabilitazione / altro Centro Servizi RSA \_\_\_\_\_

c/o Azienda Ospedaliera \_\_\_\_\_

c/o presidio psichiatrico \_\_\_\_\_

N° figli maschi \_\_\_\_\_

N° figli femmine \_\_\_\_\_



**Dati del Delegato / Garante**

Sig./Signora \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residenza: \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**Altri parenti di riferimento**

Sig./Signora \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_  
Residenza: \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Sig./Signora \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_  
Residenza: \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Sig./Signora \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_  
Residenza: \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**Amministratore di sostegno:** \_\_\_\_\_

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



**RELAZIONE SANITARIA DA COMPILARSI DA PARTE DEL MEDICO CURANTE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE PER IL RICOVERO IN STRUTTURE PROTETTE/RESIDENZA SOCIO ASSISTENZIALE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**NOTIZIE CLINICO/ANAMNESTICHE**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**RICOVERI PRECEDENTI** (Specificare se presso Ospedali, Reparti psichiatrici, altro)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**STATO DI SALUTE**

PESO KG. \_\_\_\_\_

.....  
.....  
.....  
.....

**DIETE PARTICOLARI**

.....  
.....



**TERAPIA IN CORSO E POSOLOGIA**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1) ..... | 4) ..... |
| 2) ..... | 5) ..... |
| 3) ..... | 6) ..... |
| 7) ..... | 8) ..... |

**MOBILITA'**

- cammina da solo
- cammina con protesi
- cammina con aiuto
- usa carrozzella
- allettato
- altre protesi \_\_\_\_\_

**VISTA**

- normale
- ipovisus
- cecità
- occhiali

**VESTIRSI**

- si veste da solo
- si veste con aiuto
- dipendenza totale

**UDITO**

- normale
- ipoacusia
- sordità
- protesi acustica

**DISTURBI DEL LIGUAGGIO**

- si       no

**ALIMENTAZIONE**

- mangia da solo
- mangia con aiuto
- dipendenza totale
- nutrizione per sonde NG
- nutrizione parenterale

**PIAGHE DA DECUBITO**

- si       no

**RIABILITAZIONE ESEGUITA**

- si       no

**con risultato positivo**

- si       no

**necessita riabilitazione**

- si       no

**IGIENE PERSONALE**

- si lava da solo
- si lava con aiuto
- dipendenza totale

**ALLERGIE A FARMACI**

- si       no

se si quali \_\_\_\_\_

**ALLERGIE AD ALTRO**

- si       no

se si a che cosa \_\_\_\_\_

**SERVIZI IGIENICI**

- utilizza da solo
- necessita di aiuto

**ETILISMO**

- si       no

**PSICHE INTEGRA**

- si       no



- |  |                           |                             |                             |
|--|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> incontinenza sfinterica | <b>FASI DI CONFUSIONE</b> | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> catetere a permanenza   |                           |                             |                             |

**CONDIZIONI NUTRIZIONALI  
METABOLICHE**

- |   |                                |                             |                             |
|---|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Patologia _____                               | <b>FASI DI DISORIENTAMENTO</b> | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|   | <b>AGITAZIONE PSICOMOTORIA</b> | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> soddisfacenti        | <b>COLLABORANTE</b>            | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> equil. farmacologico | <b>INDIFFERENTE</b>            | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> scompenstate         | <b>DEPRESSIONE</b>             | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> carente nutrizione   |                                |                             |                             |

**CONDIZIONI CARDIO-  
RESPIRATORIE**

- |   |                                |                             |                             |
|---|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Patologia _____                               | <b>ANSIA</b>                   | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> buone                | <b>FARMACODIPENDENZA</b>       | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> equil. farmacologico | <b>TENTATI SUICIDI RECENTI</b> | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> compromesse          | <b>TENTATI SUICIDI PREGR.</b>  | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> molto compromesse    | <b>NECESSITA DIALISI</b>       | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> ossigenoterapia      | <b>CURE C/O SERVIZI PSICH.</b> | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> bronco-aspirazione   | <b>RISCHIO DI FUGHE</b>        | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <b>DISPNEA</b>                                | <b>INV. RITMO SONNO/VEGLIA</b> | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> assente              | <b>WANDERING</b>               | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> da sforzo            | <b>PACE-MAKER</b>              | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> a riposo             |                                |                             |                             |

- UTILIZZA MEZZI DI CONTENZIONE PER SICUREZZA
- si     no
- sponde al letto
- cinture/pettorina



FRATTURE  remota  recente

tipo di frattura \_\_\_\_\_

trattamento \_\_\_\_\_

eseguito il \_\_\_\_\_

rimozione gesso \_\_\_\_\_

concessione al carico \_\_\_\_\_

### PUNTEGGIO SVAMA:

La paziente è esente da malattie contagiose e/o mentali tali da controindicare la vita in comunità.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del medico curante \_\_\_\_\_