



FONDAZIONE
O.P. SS. REDENTORE
ONLUS

Residenze Sanitarie Assistenziali Anziani e Disabili
Centro Diurno Integrato
Servizio Fisioterapia Esterni e Servizi Territoriali
RSA Aperta

www.fondazioneredentore.it

DOMANDA DI INGRESSO IN RSD

IL RICHIEDENTE:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ (PROV. DI _____) IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N° _____

CODICE FISCALE _____

RECAPITO TELEFONICO _____

MAIL _____

IN QUALITA' DI :

- DIRETTO INTERESSATO
- FAMILIARE (SPECIFICARE PARENTELA _____)
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE (NOMINATIVO _____)
- ALTRO _____
-

CHIEDE L'INGRESSO IN RSD PER

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ (PROV. DI _____) IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N° _____

CODICE FISCALE _____

CITTADINANZA _____

STATO CIVILE:

- CONIUGATO
- VEDOVO/A
- SEPARATO/A
- DIVORZIATO/A
- CELIBE/NUBILE

MEDICO DI MEDICINA GENERALE _____

RECAPITI TEL. _____ EMAIL _____

ATTUALMENTE LA PERSONA SI TROVA:

- DOMICILIO
- OSPEDALE
- CLINICA RIABILITATIVA
- STRUTTURA PSICHIATRICA
- RICOVERO SOLVENTE
- ALTRO



FONDAZIONE
O.P. SS. REDENTORE
ONLUS

Residenze Sanitarie Assistenziali Anziani e Disabili
Centro Diurno Integrato
Servizio Fisioterapia Esterni e Servizi Territoriali
RSA Aperta

www.fondazioneredentore.it

RELAZIONE SANITARIA PER L'INGRESSO IN RSD

A CURA DEL MEDICO MEDICINA GENERALE MEDICO STRUTTURA OSPITANTE

PATOLOGIE _____

ESENZIONI _____

TERAPIA FARMACOLOGICA:

FARMACO	DOSAGGIO	POSOLOGIA

ALLERGIE AI FARMACI: NO SI, di che tipo: _____

ALTRI TRATTAMENTI:

Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo _____ Emogruppo: _____
Dialisi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale	



FONDAZIONE
O.P. SS. REDENTORE
ONLUS

Residenze Sanitarie Assistenziali Anziani e Disabili
Centro Diurno Integrato
Servizio Fisioterapia Esterni e Servizi Territoriali
RSA Aperta

www.fondazioneredentore.it

Altro (chemioterapia, radioterapia, etc.) _____

GESTIONE DELLA TERAPIA:

- AUTONOMO
 CON AIUTO
 TOTALMENTE DIPENDENTE

NOTIZIE ANAMNESTICHE SIGNIFICATIVE:

LA PERSONA HA EFFETTUATO LE SEGUENTI VACCINAZIONI:

- OBBLIGATORIE INFANZIA SI NO
 INFLUENZA: SI NO Data Vaccinazione: _____
 ANTIPNEUMOCOCCICA: SI NO Data Vaccinazione: _____
 SARS COV 2: SI NO Data Ultima Vaccinazione: _____
N. dosi somministrate: _____

DEFICIT SENSORIALI

Ipovisus/occhiali/lenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cecità assoluta	<input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Corretta con protesi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sordità assoluta <input type="checkbox"/> SI

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"/> SI: <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 frequenza _____	<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"/> verbale <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> Auto-aggressività <input type="checkbox"/> Etero-aggressività	



FONDAZIONE
O.P. SS. REDENTORE
ONLUS

Residenze Sanitarie Assistenziali Anziani e Disabili
Centro Diurno Integrato
Servizio Fisioterapia Esterni e Servizi Territoriali
RSA Aperta

www.fondazioneredentore.it

Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia <input type="checkbox"/> sonno indotto		
Vagabondaggio /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo 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: _____		
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, 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: _____		
TSO _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: _____		
Eventuali note e osservazioni: _____			

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

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/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
		Addensanti	<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"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale



FONDAZIONE
O.P. SS. REDENTORE
ONLUS

Residenze Sanitarie Assistenziali Anziani e Disabili
Centro Diurno Integrato
Servizio Fisioterapia Esterni e Servizi Territoriali
RSA Aperta

www.fondazioneredentore.it

Peso corporeo: _____ kg

Altezza: _____ cm

BMI: _____

Intolleranze

non note NO SI, di che tipo: _____

SCALA BARTHEL

Attività	Punteggio	
Alimentazione	0	dipendente
	5	necessita di assistenza (es: tagliare il cibo)
	10	indipendente
Vestirsi / Svestirsi	0	dipendente
	5	necessita aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole
	10	indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni
Igiene personale	0	dipendente
	5	si lava la faccia e i denti, si pettina, si rade (inserisce la spina del rasoio)
Fare il bagno / doccia	0	dipendente
	5	indipendente
Controllo sfinterico intestinale	0	incontinente
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
Controllo sfinterico vescicale	0	incontinente
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
Spostamenti Trasferimento sedia-letto	0	dipendente, non ha equilibrio da seduto
	5	in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi
	10	minima assistenza e supervisione
	15	indipendente
Utilizzo della toilette	0	dipendente
	5	necessita qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/sgestirsi o usare carta igienica
	10	indipendente con l'uso del bagno o della padella
Mobilità Deambulazione su terreno piano	0	immobile
	5	indipendente con la carrozzina per > 45m
	10	necessita aiuto per > 45m
	15	indipendente per > 45m (può usare ausili, es. bastone, ma non girello)
Salire o scendere le scale	0	dipendente
	5	necessita di aiuto o supervisione
	10	indipendente, può usare ausili

PUNTEGGIO _____/100



INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

Indicare l'indice di severità:

[1] assente [2] lieve [3] moderato [4] grave [5] molto grave

1. Patologie cardiache (solo cuore)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3. Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4. Patologie respiratorie (a partire dalla laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5. O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. Apparato G.L. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. Apparato G.L. inferiore (intestino, ernie)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8. Patologie epatiche (solo fegato)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9. Patologie renali (solo rene)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10. Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11. Sistema muscolo-scheletrico-cute	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12. Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico: non include la demenza)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13. Patologie endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14. Patologie psichiatriche-comportamentali (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Indice di severità _____	Indice di comorbilità _____
--------------------------	-----------------------------

ASSISTENZA RESPIRATORIA:

- NESSUNA
 OSSIGENOTERAPIA SI NO FLUSSO (litri/minuto): _____
 TRACHEOTOMIA SI NO
 VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA SI NO
 VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA SI NO

LESIONI CUTANEE: NO

- SI: Lesioni da decubito: Sede _____
Stadio _____
 Altro: Sede _____
Stadio _____

MINZIONE ED EVACUAZIONE

- UTILIZZO PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA SI NO
 PORTATORE DI CATETERE VESCICALE NO SI, di che tipo _____
 ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA SI NO
 STIPSI SI NO

LA PERSONA E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE E PUO' VIVERE IN COMUNITA'? SI NO

EVENTUALI NOTE:

Se in possesso, si prega di allegare una relazione socio – educativa.

Luogo e Data _____

Firma e timbro del medico
