

## SCHEDA INGRESSO RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

### 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/SOGGETTO CHE ESERCITA LA PROTEZIONE GIURIDICA (NOMINATIVO \_\_\_\_\_)
- ALTRO \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'INGRESSO IN RSA**  **SOLVENZA**  **POSTO LETTO A CONTRATTO DEL/DELLA SIG./SIG.RA**

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
- CURE INTERMEDIE/RIABILITAZIONE
- STRUTTURA PSICHIATRICA
- RICOVERO SOLVENTE
- ALTRO

## DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

CARTA DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL RICHIEDENTE E DELL'INTERESSATO

TESSERA SANITARIA DEL RICHIEDENTE E DELL'INTERESSATO

ALLEGATO 1 COMPILATO E FIRMATO DAL MEDICO CURANTE o DAL MEDICO DELLA STRUTTURA OSPITANTE (obbligatorio)

COPIA VERBALE INVALIDITA' CIVILE / HANDICAP

COPIA ATTO DI NOMINA AMMINISTRATORE di SOSTEGNO/TUTORE (da presentare all'ingresso)

DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE (ULTIMI 6 MESI) (da presentare all'ingresso)

I dati personali, anche particolari (sensibili) ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/16 ("GDPR"), giudiziari (art. 10 del GDPR), contenuti nella presente richiesta, dovranno essere trattati con la massima riservatezza e secondo le disposizioni del Regolamento 679/16, esclusivamente per la seguente finalità: riattivazione domanda di inserimento nella lista d'attesa ingresso in RSA.

I dati verranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/16.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione).

La natura del conferimento dei dati non è facoltativa bensì obbligatoria. Un eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di presentare la domanda.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei e la Struttura sociosanitaria e l'Azienda Sociale del Cremonese mettono in atto le adeguate misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del Regolamento UE 679/16 è la Struttura sociosanitaria ove l'interessato presenta la domanda.

Il Responsabile esterno del Trattamento ai sensi art. 28 comma 1 del GDPR è l'Azienda Sociale del Cremonese.

Il Responsabile della Protezione dei dati ai sensi art. 37 del Regolamento UE 679/16 per l'Azienda Sociale del Cremonese è l'Avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Con la sottoscrizione in calce, l'interessato presta il consenso informato al trattamento dei dati personali anche particolari (sensibili) e giudiziari per la predetta finalità.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma richiedente \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 1

### RELAZIONE SANITARIA PER L'INGRESSO IN RSA

A CURA DEL  MEDICO MEDICINA GENERALE  MEDICO STRUTTURA OSPITANTE

SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

ESENZIONI \_\_\_\_\_

DATA DI COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

PATOLOGIE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### TERAPIA FARMACOLOGICA

FARMACO	DOSAGGIO	POSOLOGIA

ALLERGIE AI FARMACI:  SI  NO

Se si, quali: \_\_\_\_\_

**ALTRI TRATTAMENTI:**

Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo _____
Dialisi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale	
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) .....		

**GESTIONE DELLA TERAPIA:**

- AUTONOMO
- CON AIUTO
- TOTALMENTE DIPENDENTE

**NOTIZIE ANAMNESTICHE SIGNIFICATIVE:**

---



---



---

**LA PERSONA HA EFFETTUATO LE SEGUENTI VACCINAZIONI:**

- INFLUENZA:  SI  NO      Data Vaccinazione: \_\_\_\_\_
- ANTIPNEUMOCOCCICA:  SI  NO      Data Vaccinazione: \_\_\_\_\_
- SARS COV 2:  SI  NO      Data Ultima Vaccinazione: \_\_\_\_\_  
N. dosi somministrate: \_\_\_\_\_
- ALTRO \_\_\_\_\_

**DEFICIT SENSORIALI**

Ipovisus	<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)
Diagnosi di demenza nota	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, QUALE.....
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"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale		
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia		
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		
Tabagismo	<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: .....		
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/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 <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
Peso corporeo: ..... kg	Altezza: ..... cm		

Intolleranze/Allergie  non note  NO  SI, di che tipo: .....

## SCALA BARTHEL

Attività	Punteggio	
<b>Alimentazione</b>	0	dipendente
	5	necessita di assistenza (es: tagliare il cibo)
	10	indipendente
<b>Vestirsi / Svestirsi</b>	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
<b>Igiene personale</b>	0	dipendente
	5	si lava la faccia e i denti, si pettina, si rade (inserisce la spina del rasoio)
<b>Fare il bagno / doccia</b>	0	dipendente
	5	indipendente
<b>Controllo sfinterico intestinale</b>	0	incontinente
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
<b>Controllo sfinterico vescicale</b>	0	incontinente
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
<b>Spostamenti Trasferimento sedia- letto</b>	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
<b>Utilizzo della toilette</b>	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
<b>Mobilità Deambulazione su terreno piano</b>	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)
<b>Salire o scendere le scale</b>	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): \_\_\_\_\_ PER QUANTE ORE/DIE \_\_\_\_\_
- TRACHEOTOMIA  SI  NO
- VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA  SI  NO
- VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA  SI  NO

### LESIONI CUTANEE: SI NO

Se si, specificare:

- Lesioni da decubito: Sede \_\_\_\_\_  
Stadio \_\_\_\_\_
- Altro: \_\_\_\_\_ : Sede \_\_\_\_\_  
Stadio \_\_\_\_\_

### MINIZIONE ED EVACUAZIONE

- UTILIZZO PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA  SI  NO
- PORTATORE DI CATETERE VESCICALE  SI  NO
- ILEOSTOMIA/COLOSTOMIA  SI  NO

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

### EVENTUALI NOTE:

---

---

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico

---