

## 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 Protezione Dati (DPO) per l'Azienda Sociale Cremonese ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16 è SISTEMA SUSIO SRL di Cernusco sul Naviglio (MI) - [dpo@aziendasocialecr.it](mailto:dpo@aziendasocialecr.it)

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 sì, 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<br>/affaccendamento                         | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                                                                                            | Tentativi di allontanamento<br>inconsapevole/tentativo fuga | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Utilizzo di mezzi di protezione e tutela<br>(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<br>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<br><input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse<br>(tagliare, versare, aprire, etc.)<br><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<br>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 |
| Peso corporeo: ..... kg      | Altezza: ..... cm                                                                                                                                                                                                                                |                               |                                                                                                                                |

|                       |                                                                                                               |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Intolleranze/Allergie | <input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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<br>Trasferimento sedia-<br>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<br>Deambulazione su<br>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<br>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<br>(solo cuore)                                                                       | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 2. Ipertensione<br>(si valuta la severità, gli organi coinvolti sono<br>considerati separatamente)           | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 3. Patologie vascolari<br>(sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)                                  | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 4. Patologie respiratorie<br>(a partire dalla laringe)                                                       | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 5. O.O.N.G.L.<br>(occhio, orecchio, naso, gola, laringe)                                                     | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 6. Apparato G.L. superiore<br>(esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)                          | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 7. Apparato G.L. inferiore<br>(intestino, ernie)                                                             | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 8. Patologie epatiche<br>(solo fegato)                                                                       | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 9. Patologie renali<br>(solo rene)                                                                           | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 10. Altre patologie genito-urinarie<br>(ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)                        | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 11. Sistema muscolo-scheletrico-cute                                                                         | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 12. Patologie sistema nervoso<br>(sistema nervoso centrale e periferico: non include<br>la demenza)          | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 13. Patologie endocrine-metaboliche<br>(include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)                    | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 14. Patologie psichiatriche-comportamentali<br>(include demenza, depressione, ansia, agitazione,<br>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

---