

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 _____

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	☐ NO ☐ SI	Tipo _____ Emogruppo: _____
Dialisi	☐ NO ☐ SI: ☐ emodialisi ☐ dialisi peritoneale	
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc.) _____		

- ☐ AUTONOMO
- ☐ CON AIUTO
- ☐ TOTALMENTE DIPENDENTE

☐ OBBLIGATORIE INFANZIA ☐ SI ☐ NO

☐ INFLUENZA: ☐ SI ☐ NO

☐ ANTIPNEUMOCOCCICA: ☐ SI ☐ NO

☐ SARS COV 2: ☐ SI ☐ NO

N. dosi somministrate:

Ipovisus/occhiali/lenti	☐ NO ☐ SI	Cecità assoluta	☐ SI
Ipoacusia	☐ NO ☐ SI	Corretta con protesi	☐ NO ☐ SI Sordità assoluta ☐ SI

Stato di coscienza alterato	☐ NO ☐ SI ☐ soporoso ☐ coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)
Deficit di memoria	☐ NO ☐ SI Disorientamento ☐ NO ☐ SI: ☐ temporale ☐ spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	☐ NO ☐ SI, di che tipo: _____
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	☐ NO ☐ SI Deflessione del tono dell'umore ☐ NO ☐ SI
Deliri	☐ NO ☐ SI Allucinazioni ☐ NO ☐ SI
Aggressività	☐ NO ☐ SI: ☐ verbale ☐ fisica ☐ Auto-aggressività ☐ Etero-aggressività

Disturbi del sonno	☐ NO ☐ SI: ☐ Inversione ritmo sonno-veglia ☐ sonno indotto	
Vagabondaggio /affaccendamento	☐ NO ☐ SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga ☐ NO ☐ SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	☐ NO ☐ SI, di che tipo: _____	
Etilismo/potus	☐ NO ☐ SI: ☐ attuale ☐ pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	☐ NO ☐ SI: ☐ attuale ☐ pregresso Di che tipo: _____	
Dipendenza gioco	☐ no ☐ si, di che tipo: _____	
Tentato suicidio	☐ NO ☐ SI: indicare la data: / /	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	☐ NO ☐ SI: _____	
TSO _____	☐ NO ☐ SI: _____	
Eventuali note e osservazioni: _____		

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Alimentazione	☐ senza aiuto/sorveglianza ☐ necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) ☐ necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento	
Edentulia	☐ NO ☐ SI: Protesi: ☐ Inferiore ☐ Superiore Scheletrato: ☐ Inferiore ☐ Superiore	
Rifiuto del cibo	☐ NO ☐ SI	
Disfagia	☐ NO ☐ SI	Cibi frullati o omogeneizzati ☐ NO ☐ SI Addensanti ☐ NO ☐ SI
Dieta specifica	☐ NO ☐ SI, di che tipo: _____	
Alimentazione enterale	☐ NO ☐ SI: ☐ PEG ☐ SNG	Alimentazione parenterale ☐ NO ☐ SI: ☐ periferica ☐ centrale
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 occasionali incidenti o necessità di aiuto
	10 continente
Controllo sfinterico vescicale	0 incontinente
	5 occasionali 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 _____

MINIZIONE 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 È 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
