



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.) _____		

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
☐ ANTIPNEUMOCOCCICA: ☐ SI ☐ NO
☐ SARS COV 2: ☐ SI ☐ NO

Data Vaccinazione: _____

Data Vaccinazione: _____

Data Ultima Vaccinazione: _____

N. dosi somministrate: _____

DEFICIT SENSORIALI

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

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

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	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 _____

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
