

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)

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679 E
DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

I dati personali sopraindicati sono utilizzati da **Fondazione Bevilacqua Rizzi o.n.l.u.s.**, in qualità di Titolare del trattamento, nel rispetto dei principi di protezione dei dati personali stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Nello specifico, con riferimento ai **dati sanitari**, per le finalità di cui al **punto 2** dell'apposita informativa al trattamento dei dati personali **ospiti per "finalità mediche"** (svolgimento delle attività necessarie per la diagnosi, la cura, la prevenzione, le terapie fisiche e/o riabilitative e per ogni prestazione correlata richiesta dal paziente, farmaceutica e specialistica), la cui versione completa è consultabile al seguente link <https://www.fondazionebevilacquarizzi.it/privacy.html>, io sottoscritto:

☐ **PRESTO** il consenso

☐ **NEGO** il consenso

Luogo e data _____

(firma leggibile)

Si informa inoltre che **Fondazione Bevilacqua Rizzi Onlus**, in conformità all'art. 37 del Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati – GDPR), ha designato il Data Protection Officer (DPO – Responsabile della Protezione dei Dati) contattabile all'indirizzo e-mail dpo@fondazionebevilacquarizzi.it.

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	☐ NO ☐ SI	Tipo _____
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:

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

DEFICIT SENSORIALI

Ipvovisus	☐ 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)
Diagnosi di demenza nota	☐ NO ☐ SI, QUALE.....
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:	☐ fisica ☐ verbale	
Disturbi del sonno	☐ NO ☐ SI	☐ Inversione ritmo sonno-veglia	
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		
Tabagismo	☐ 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:		
Eventuali note e osservazioni:			

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'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	

Intolleranze/Allergie ☐ 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-cutaneo	[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
