

DOMANDA DI AMMISSIONE

La/Il sottoscritta/o

oppure

La/Il sottoscritta/o

in qualità di della sig.ra/del sig

residente a

via n.

recapiti telefonici

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO IL CENTRO

FONDAZIONE FILIPPO TURATI ONLUS – CENTRO SOCIO SANITARIO DI GAVINANA

VIA F. TURATI N° 86 - LOC. GAVINANA – 51028 SAN MARCELLO P.SE

Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'interessato all'ammissione, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo.

Dati anagrafici della persona interessata all'ammissione

Nome Cognome

Data di nascita Luogo di nascita

Residente a

Via n.

Recapiti telefonici.....

Stato civile..... n. figli

Documento di identità

Codice fiscale

A.S.L. di appartenenza tessera sanitaria

Dati relativi alla richiesta di ammissione

■ provenienza della persona: casa NO SI
beneficiario di buono socio sanitario NO SI
beneficiario di A.D.I. / voucher NO SI

■ ricoverato presso

■ motivo dell'ingresso.

■ Hobby, interessi, passioni.

.....

■ Abitudini personali

.....

Dati anagrafici del garante individuato per il pagamento

Nome Cognome

Grado di parentela con l'ospite

Data di nascita..... Luogo di nascita

Residente a

Via n.

Recapiti telefonici.....

Indirizzo e-mail

Codice fiscale

Altri referenti per la persona da contattare

Nome Cognome

Grado di parentela con l'ospite

Data di nascita..... Luogo di nascita

Residente a

Via n.

Recapiti telefonici.....

Indirizzo e-mail

Codice fiscale

Nome Cognome

Grado di parentela con l'ospite

Data di nascita..... Luogo di nascita

Residente a

Via n.

Recapiti telefonici.....

Indirizzo e-mail

Codice fiscale

Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesta

- Tipologia: a tempo determinato per n. mesi
- a tempo indeterminato
- Necessità di ingresso: urgente
- breve termine
- lungo termine

Elenco dei documenti da presentare al momento dell'ingresso

1. fotocopia della carta di identità
2. fotocopia del codice fiscale
3. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
4. tesserino esenzione ticket
5. tessera sanitaria
6. scheda sanitaria allegata

Data Firma del sottoscrittore

Per ricevuta ed accettazione: Firma referente

Informativa e consenso al trattamento dei miei dati personali

In base a quanto disposto dall'art. 13 del D.Lgs. n° 196/2003, sono informato circa il trattamento dei miei dati personali, ed in particolare che:

- a) la finalità del trattamento è la valutazione per l'inserimento in R.S.A. e le procedure amministrative inerenti l'espletamento delle pratiche di ricovero; i dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici;
- b) il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;
- c) i dati raccolti verranno comunicati ai Servizi competenti della locale A.S.L. e della Regione esclusivamente per la finalità di assolvimento del debito informativo a cui la Struttura in quanto accreditata è tenuta;
- d) potranno essere esercitati i diritti di accesso ai propri dati, di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/2003;
- e) il titolare del trattamento è la struttura sopra indicata.

Data Firma leggibile

DOMANDA DI AMMISSIONE

SCHEDA SANITARIA

RELAZIONE ASSISTENZIALE

(da compilarsi da parte del Medico Curante)

Cognome e Nome dell'assistito

Data di nascita Data di compilazione

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia
- È indipendente

DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- Cammina senza aiuto

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri

IGIENE PERSONALE

- Incapace di provvedere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti
- Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- È capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi

ALIMENTAZIONE

- Deve essere imboccato
- Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
- Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliare la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- Totale indipendenza nel mangiare

CONFUSIONE

- È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive
- È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- È in grado di pensare chiaramente

IRRITABILITÀ

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo

IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi
- Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione
- Mostra ogni tanto segni di irrequietezza
- Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

ALTRE SEGNALAZIONI

❖ Incontinenza

- Assente
- Solo urinaria
- Solo fecale
- Doppia

❖ Gestione incontinenza

- Presidi assorbenti
- Ano artificiale
- Catetere

❖ Ausili per il movimento

- Bastone/deambulatore
- Carrozzina
- Nessuno

❖ Lesione da decubito

- Sede:
- Stadio:.....

❖ Alimentazione artificiale

- SNG
- PEG

❖ Protesi

- Dentale
- Acustica
- Occhiali
- Altro:

❖ Allergie ad alimenti

.....

.....

.....

.....

❖ Anamnesi remota

.....

.....

.....

.....

❖ Anamnesi attuale

.....

.....

.....

.....

❖ Pregressi ricoveri ospedalieri

.....

.....

.....

TERAPIA IN ATTO

Si prega di compilare anche la scheda terapia allegata.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

❖ Allergie a Farmaci

.....
.....

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici, ...). Elencare documentazione prodotta:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Recapito telefonico del Medico.....

Timbro e Firma del Medico

.....

NOME e COGNOME _____ MMG DR _____ ALLERGIE _____

ORA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
8.00																																
11.00																																
12.00																																
14.00																																
16.00																																
18.00																																
20.00																																
22.00																																
Terapia Condizionata																																

LEGENDA Mancata somministrazione F= RIFUTATO V=NON FATTO A=ASSENZA D=DIGIUNO G=PARZ. SOMMINE

PRESCRIZIONE TERAPIA

Data inizio terapia	NOTE ¹	TERAPIA ORALE														8	11	12	14	16	18	20	22	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO	DATA FINE TERAPIA	FIRMA DEL MEDICO											

¹NOTE Legenda prescrizione: A = farmaco autogestito L = farmaco LASA PT = prescrizione telefonica / e-mail / fax P = Periodica

LATO B

NOME e COGNOME _____ MMG DR _____ ALLERGIE _____

Data inizio terapia	NOTE ¹	TERAPIA SOTTOCUTANEA	8	11	12	14	16	18	20	22	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO	DATA FINE TERAPIA	FIRMA DEL MEDICO
Data inizio terapia	NOTE ¹	TERAPIA INTRAMUSCOLARE											
Data inizio terapia	NOTE ¹	TERAPIA ENDOVENOSA											
Data inizio terapia	NOTE ¹	NUTRIZIONE											
Data inizio terapia	NOTE ¹	ALTRO											
Data inizio terapia		TERAPIA CONDIZIONATA	CONDIZIONE							FIRMA DEL MEDICO	DATA SOSPENSIONE	FIRMA DEL MEDICO	

¹NOTE Legenda prescrizione: A = farmaco autogestito L = farmaco LASA PT = prescrizione telefonica / e-mail / fax P = Periodica