



FONDAZIONE
CASA DI RIPOSO DI CALCINATO
ONLUS

Via S. D'Acquisto 5 25011 CALCINATO (BS)
TEL. 030-963120 / 030-963221 FAX 030-963404
E-MAIL: casariposocalcinato@libero.it

RICHIESTA DI AMMISSIONE PER POSTI LETTO CONVENZIONATI

RICHIEDENTI: Interessato Familiari A.d.S. Tutore Curatore Altro _____

1. Nome _____ Cognome _____
Via _____ Comune _____ (Pr. _____) CAP _____
grado di parentela _____ telefono _____
2. Nome _____ Cognome _____
Via _____ Comune _____ (Pr. _____) CAP _____
grado di parentela _____ telefono _____
3. Nome _____ Cognome _____
Via _____ Comune _____ (Pr. _____) CAP _____
grado di parentela _____ telefono _____

SI RICHIEDE l'ammissione del/della Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ (Pr. _____) in via _____ n° _____

codice fiscale _____ tessera sanitaria _____

esenzioni ticket: SI NO (Se SI indicare codice _____ e data scadenza _____)

invalidità civile: SI NO (Se SI allegare copia verbale, se NO indicare se presentata domanda _____)

stato civile _____ assegno accompagnamento SI NO

situazione pensionistica: nessuna anzianità\vecchiaia sociale
 tipologia speciale (guerra) reversibilità invalidità

grado istruzione: analfabeta elementari(classa _____) medie inferiori
 scuola professionale diploma laurea

professione al momento pensionato lavora (specificare _____)

dell'ingresso: non lavora, ma ha lavorato (specificare _____)

non ha mai lavorato

stato giuridico del soggetto: interdetto (allegare verbale con nomina tutore)

inabile (allegare verbale con nomina curatore)

con Amministratore di Sostegno (allegare verbale con nomina A.d.S.)

proveniente da _____

venga ammesso\la presso la Casa di Riposo di Calcinato con decorrenza _____

MOTIVAZIONE ALLA RICHIESTA DI AMMISSIONE:

- Perdita dell'autonomia dell'attività della vita quotidiana
- Problemi sanitari non gestibili al domicilio
- Problemi socio-ambientali
- Altro _____

A tale scopo, i richiedenti dichiarano:

- 1) di essere a conoscenza che l'eventuale accoglimento definitivo è subordinato ad un periodo di osservazione della durata di un mese durante il quale verrà verificata la compatibilità dell'ospite con la struttura. In caso negativo la Fondazione ha facoltà di dimettere l'Ospite.
- 2) di aver preso conoscenza e di accettare senza eccezione o riserva le condizioni indicate nel Contratto di Ospitalità, nel Regolamento Interno, nella Carta dei Servizi e nel Codice Etico dei quali dichiara di aver ricevuto copia e presa visione, ed eventuali loro future modifiche ed/o integrazioni;
- 3) di essere a conoscenza che l'attuale retta pari ad €. _____ potrà essere aggiornata a giudizio insindacabile del Consiglio di Amministrazione; il relativo aggiornamento sarà comunicato con preavviso di 15 giorni;
- 4) di accettare incondizionatamente qualsiasi spostamento di reparto o di letto per esigenze della Fondazione;
- 5) di impegnarsi ad accompagnare l'ospite presso la Casa di Riposo, in caso di accettazione della presente domanda, dotandolo degli effetti personali contrassegnati, meglio specificato nell'allegato prospetto; il corredo dovrà essere integrato di volta in volta su richiesta della Fondazione;
- 6) di designare quale persona referente e relativo sostituto a cui rivolgere tutte le comunicazioni sanitarie ed amministrative:
- Referente: il/la sig.\sig.ra _____ grado di parentela _____
- Sostituto: il/la sig.\sig.ra _____ grado di parentela _____

I Richiedenti

L'Interessato

SI IMPEGNA INCONDIZIONATAMENTE ED IRREVOCABILMENTE:

1. a versare a titolo di cauzione (infruttifera) una somma equivalente ad una mensilità di degenza;
 2. a provvedere a saldo della retta mensile presso la "Banca di Credito Cooperativo dei Colli Morenici del Garda" Ag. di Calcinato entro il decimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, prendendo atto che, in difetto di pagamento entro tale termine saranno addebitati gli interessi di mora nella misura di 7 punti superiori al tasso ufficiale di sconto in atto al momento dell'inadempienza oltre alle maggiori spese;
 3. personalmente o attraverso propri incaricati, a riprendere in consegna l'ospite alla fine del rapporto instaurato con la RSA.
- Quanto sopra, sia nel caso di dimissioni volontarie che di dimissioni disposte ai sensi del Regolamento della Fondazione, fermo restando l'impegno al pagamento fintanto che l'ospite rimarrà presso la RSA.

Calcinato, li _____

I Richiedenti

L'Interessato

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI AMMISSIONE

- N° 2 Certificati medici
- Eventuali esami ematici (Emocromo, Azotemia, Glicemia, Transaminasi, VES, VDRL, Hbs-Ag, HC) Rx torace recenti
- Fotocopia carta d'identità in corso di validità
- Fotocopia tessera sanitaria ed eventuale esenzione ticket
- Fotocopia verbale di invalidità (se in possesso)
- Tessera elettorale
- Consenso informato al ricovero in RSA (può essere consegnato anche al momento della sottoscrizione del contratto)
- Dichiarazione sostitutiva della certificazione di residenza e stato di famiglia
- Fotocopie cartelle cliniche e/o ospedaliere, nonché la documentazione sanitaria in possesso (possono essere consegnate anche al momento del ricovero).

L'obbligo al pagamento della retta viene assunto dai seguenti firmatari:

Il sottoscritto _____ Segretario-Direttore della Fondazione Casa di Riposo di Calcinato "ONLUS", attesto che i Sigg.ri _____

identificati in base a _____ hanno sottoscritto avanti a me l'impegno di pagamento della retta e che i medesimi sono stati da me ammoniti sulla responsabilità penale cui possono andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto ovvero documento d'identità personale falso o contenente dati non più rispondenti a verità.

Calcinato, li _____

Firma _____

CONSENSO INFORMATO RELATIVO AL PASSAGGIO AL MEDICO DELLA STRUTTURA

Le disposizioni regionali vincolano l'erogazione delle tariffe sanitarie alle strutture, all'assunzione del medico della struttura da parte dell'ospite, al momento dell'entrata in Casa di Riposo (RSA).

Le RSA ricevono la tariffa sanitaria per gli ospiti non autosufficienti e di impegnano a fornire adeguata assistenza infermieristica e riabilitativa, a secondo delle necessità; inoltre le Strutture erogano direttamente l'assistenza medica e farmaceutica e gli ausili per incontinenti.

Quanto sopra comporta la cancellazione dagli elenchi del proprio medico di Medicina Generale.

Consapevole di queste esigenze, esprimo il mio consenso per il passaggio ai medici della struttura ed esprimo il mio consenso alla cura da parte degli stessi.

Comunico fin d'ora che i dati riferiti al mio stato di salute potranno essere comunicati:

- solo a me
- anche ai miei familiari
- ad altri soggetti che in seguito indicherò

Calcinato, li _____

Firma _____

Qualora le condizioni psico-fisiche dell'ospite siano o diventino tali, da non consentire allo stesso di esprimere consapevolmente la propria volontà, e da richiedere l'attivazione della procedura per la nomina dell'amministratore di sostegno, il presente consenso sarà provvisoriamente sottoscritto dalla persona che è stata designata dal gruppo familiare di riferimento a ricoprire il ruolo di Referente in attesa di nomina di A.d.S. o Tutore o Curatore.

Luogo _____

Data _____

Nome _____

Cognome _____

Firma leggibile _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____

OPPURE

Il sottoscritto _____

In qualità di

[] familiare di riferimento [] curatore familiare [] amministratore di sostegno [] tutore [] altro _____
dell'ospite _____

a) Compiutamente informato ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679

acconsente

non acconsente

al trattamento dei dati personali, comuni e particolari, per le finalità descritte nell'informativa allegata, nonché alla comunicazione dei dati personali comuni e sensibili ai soggetti ivi indicati.

La ringraziamo per l'attenzione che ha voluto dedicarci e La preghiamo di volerci restituire, debitamente sottoscritto, il presente modulo.

Calcinato, li _____

Firma _____

SCHEDA di VALUTAZIONE del MEDICO

Signor/a _____ sesso M F tessera sanitaria _____
nato/a a _____ il _____ comune di residenza _____
domicilio _____ tel. _____
Codice Fiscale _____

Vive con: coniuge/convivente coniuge/figli figli parenti genitori badante solo altro

PATOLOGIE IN ATTO:

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) Cardiaca (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) Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4) Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la 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.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7) Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8) Epatiche (solo fegato) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9) 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-Scheletro-Cute (muscoli, scheletro, tegumenti) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 13) Endocrine - metaboliche (include diabete, infezioni, stati fossici) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 14) Psichiatrico-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

LEGENDA PATOLOGIE IN ATTO:

- 1 - **Assente** nessuna compromissione di organo/sistema
- 2 - **Lieve** la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
- 3 - **Moderato** la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. acalcolitiasi, diabete, fratture)
- 4 - **Grave** la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
- 5 - **Molto grave** la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia);

DIAGNOSI PRINCIPALI

COD. ICD IX

DIAGNOSI PRINCIPALI

COD. ICD IX

TERAPIE SIGNIFICATIVE in ATTO

DATA _____

TIMBRO E FIRMA _____

Parte da compilare solo per **RICHIESTA ASSISTENZA PROGRAMMATA NON AMBULABILI**

VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA

<u>FUNZIONE</u>	Dipendenza Completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosufficienza	Non rilevato
DEAMBULAZIONE	1	2	3	4	5	9
LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE	1	2	3	4	5	9
SCALE	1	2	3	4	5	9
TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA	1	2	3	4	5	9
USO DEL WC	1	2	3	4	5	9
CONTINENZA INTESTINALE	1	2	3	4	5	9
CONTINENZA URINARIA	1	2	3	4	5	9
ALIMENTAZIONE	1	2	3	4	5	9
VESTIRSI	1	2	3	4	5	9
IGIENE PERSONALE	1	2	3	4	5	9
BAGNO/DOCCIA	1	2	3	4	5	9
<u>DISTURBI DI COMPORTAMENTO</u>	Grave	Moderato	lieve	assente	non rilevato	
CONFUSIONE	1	2	3	4	9	
IRRITABILITA'	1	2	3	4	9	
IRREQUIETEZZA	1	2	3	4	9	
<u>ASPETTI PSICO-SENSORIALI</u>	assente	limitata	integra	non rilevato		
CAPACITA' DI COMUNICARE	1	2	3	9		
VISTA	1	2	3	9		
UDITO	1	2	3	9		

PROBLEMI SOCIO-AMBIENTALI che motivano l'assistenza domiciliare _____

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE per ACCESSI del MMG/PLS in regime di ADP

come da allegato G contratto collettivo nazionale

RICHIESTA: nuova attivazione variazione rinnovo
 ACCESSI PROPOSTI: settimanali quindicinali mensili

(data)

(timbro e firma del Medico)

SPAZIO RISERVATO all'ASL PROGRAMMA APPROVATO: si no
 ACCESSI AUTORIZZATI: settimanali quindicinali mensili
 DATA INIZIO ____/____/____/ DATA SCADENZA ____/____/____/

(firma)

COGNOME _____ NOME _____

RESIDENZA _____

Punteggio Sanitario per Lista Attesa RSA

Valutazione Funzionale	dipendenza completa	dipendenza grave	dipendenza moderata	dipendenza lieve	autosufficienza	Non Rilevato
Deambulazione	4	3	2	1	0	
Locomozione su sedia rotelle						
Scale	2	1,5	1	0,5	0	
Trasferimento letto/sedia	2	1,5	1	0,5	0	
Uso del WC	2	1,5	1	0,5	0	
Continenza intestinale	2	1,5	1	0,5	0	
Continenza urinaria	2	1,5	1	0,5	0	
Alimentazione	4	3	2	1	0	
Vestirsi	2	1,5	1	0,5	0	
Igiene personale	2	1,5	1	0,5	0	
Bagno/doccia	2	1,5	1	0,5	0	

Disturbi comportamentali	grave	moderato	lieve	assente	Non Rilevato
Confusione	8	5	2	0	
Irritabilità	4	3	1	0	
Irrequietezza	4	3	1	0	

Aspetti psico-sensoriali	assente	limitata	integra	Non Rilevato
Capacità comunicare				
Vista	6	3	0	
Udito	4	2	0	

N.B.: SE NON VIENE COMPILATO UN ITEM (NON RILEVATO) - IL PUNTEGGIO E' UGUALE A NULLO

Punteggio Sociale per Lista Attesa RSA

	problematico			Non rilevato
	no	si	gravemente	
Isolamento dell'abitazione	0	1	2	
Stato di manutenzione dell'abitazione	0	2	4	
Igienicità dell'alloggio	0	2	4	
Riscaldamento	0	2	4	
Servizi igienici	0	2	4	
Barriere architettoniche	0	2	4	
Situazione economica	0	2	4	
Gestione alimentare	0	2	4	
Gestione della vita quotidiana	0	3	6	
Relazione / socializzazione	0	2	4	
Supporto familiare-parentale - quantità	0	2	4	
Supporto familiare-parentale - qualità	0	3	6	

N.B.: SE NON VIENE COMPILATO UN ITEM (NON RILEVATO) - IL PUNTEGGIO E' UGUALE A NULLO

DATA _____

FIRMA COMPILATORE _____