

Alla Fondazione
Ospedale della Carità

Casa di Riposo ONLUS
Via Marconi n. 1
26011 – CASALBUTTANO (CR)
E-mail: ospiti@rsacasalbuttano.eu
Web: www.casadiriposocasalbuttano.it

Il sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ (prov. di _____) il _____ residente a
_____ in via _____
n. _____ recapito telefonico n° _____ / _____,
indirizzo mail _____ in qualità di (familiare) _____

del/della Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ (prov. di _____) il _____ residente
in _____ (CAP _____) via
_____ n° _____ codice fiscale _____

- Attualmente al proprio domicilio.
- Attualmente ricoverato/a presso _____
- Attualmente in attesa di ricovero presso altra Residenza Sanitaria Assistenziale

Informazioni sulla vaccinazione anti Covid:

- non è stato/a vaccinato/a
- è già stata somministrata 1° dose tipologia vaccino.....in data.....
- è già stata somministrata 2° dose tipologia vaccino.....in data.....
- è già stata somministrata la dose "Booster" in data.....
- eventuale guarigione da positività Covid in data
- non acconsente alla vaccinazione

CHIEDE

il ricovero del/della medesimo/a presso codesta Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani ed allo scopo allega:

- certificato/relazione medica di richiesta di ricovero
- Indicatore di Comorbidità (CIRS)
- Barthel Index
- Condizioni psichiche

IL RICHIEDENTE

Data _____

CERTIFICATO MEDICO

Medico curante:

Dott. _____

Indirizzo _____

Tessera Sanitaria n. _____

Esenzione Ticket _____

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Diagnosi: _____

Terapia in atto: _____

Notizie anamnestiche rilevanti: _____

Allergia a farmaci: sì no non nota

Piaghe da decubito (descrizione e sede): _____

IGIENE PERSONALE

0. Incapace ad attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti
1. Necessita di aiuto per tutte le operazioni
 3. Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene
 4. In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni
 5. Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere capace di truccarsi, se abituata (Non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli)

BAGNO/DOCCIA (LAVARSI)

0. Totale dipendenza nel lavarsi
1. Necessita di aiuto per tutte le operazioni
 3. Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi
 4. Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, etc.)
 5. Capace di fare il bagno in vasca, la doccia o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.

ALIMENTAZIONE

0. Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato
2. Capace di utilizzare una posata. In genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto
 5. Capace di alimentarsi da solo con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate (versare latte nel tè, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata)
 8. Indipendente nell'alimentarsi con cibi preparati su vassoi, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il coperchio di un vasetto, etc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona
 10. Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di applicarlo, tagliare la carne e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, etc.

ABBIGLIAMENTO

0. Dipende sotto tutti gli aspetti e non collabora
2. Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti
 5. Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento
 8. Necessita solo di minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseni, lacci scarpe
 10. Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe o toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi

CONTINENZA INTESTINALE

0. Incontinente
2. Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie
 5. Capace di assumere una posizione appropriata, ma non può eseguire tecniche facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come i pannolini
 8. Può necessitare di supervisione con l'uso di supposte o enteroclistma, occasionali perdite
 10. Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclistma se necessario

CONTINENZA URINARIA

0. Incontinente o catetere a dimora. Dipende per l'applicazione di dispositivi interni o esterni
2. Incontinente, ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo interno o esterno
 5. In genere asciutto durante il giorno, ma non di notte per cui è necessario uso parziale dei dispositivi
 8. Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni
 10. Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni

TRASFERIMENTI LETTO O SEDIA

0. Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'ospite con o senza un sollevatore meccanico
3. Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento
 8. Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento
 12. Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza
 15. Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza al letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. E' indipendente in tutte le fasi.

TOILET

0. Completamente dipendente
2. Necessita di aiuto per tutti gli aspetti
 5. Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani
 8. Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla
 10. Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o il pappagallo ma deve essere in grado di svuotarla o pulirla

SCALE

0. Incapace di salire o scendere le scale
2. Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili)
 5. Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza
 8. In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza o a causa di rigidità mattutina, dispnea, etc.
 10. In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario ed è in grado di portarli con sé durante la salita o la discesa.

Questo punteggio viene attribuito anche nel caso l'incapacità dipenda dalle condizioni generali del paziente o comunque da qualsiasi patologia.

DEAMBULAZIONE

0. Non in grado di deambulare
3. Necessita di presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione
 8. Necessita dell'assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi
 12. Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia (50 metri). Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose
 15. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi, piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare stampelle, bastone o walzer e di deambulare per 50 metri senza aiuto o supervisione

USO DELLA CARROZZINA (alternativo a deambulazione)

Usare questo item solo se il paziente è stato classificato "0" nella deambulazione e comunque solo dopo che sia stato istruito nell'uso della carrozzina

0. Dipendente negli spostamenti con la carrozzina
1. Capace di spostamenti solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre
 3. Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, etc.
 4. Capace di spostarsi autonomamente per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette
 5. Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, etc.). L'autonomia deve essere superiore a 50 metri

TOTALE: /100

IL COMPILATORE _____

Data _____

INDICATORE DI COMORBIDITÀ (CIRS)

Parmalee PA, Thuras PD, Katz JR, Lawton MP, 1995.

Patologie cardiache (solo cuore)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Apparato GI superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Apparato GI inferiore (intestino, ernie)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Patologie epatiche (solo fegato)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Patologie renali (solo rene)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, prostata, genitali)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Apparato muscolo-scheletrico e cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Patologie sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Patologie endocrine e metaboliche (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Patologie psichiatriche comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

LEGENDA

- 1 = **assente** (nessuna compromissione d'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 produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può essere buona – es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
4 = **grave** (la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi non può essere buona – es. carcinoma non 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)

INDICE DI SEVERITÀ (media dei punteggi delle 14 categorie) :

INDICE DI COMORBIDITÀ (n° di categorie con punteggio da 3 a 5) :

Necessita di terapia riabilitativa o fisica? SI No
Ha già effettuato terapia riabilitativa? SI No
Di che tipo e con quale risultato? _____

CONDIZIONI PSICICHE:

STATO EMOTIVO

- Adeguato
- Ansia
- Depressione
- Apatia

ALETRAZIONI DEL COMPORAMENTO

- Aggressività fisica
- Aggressività verbale
- Vagabondaggio
- Bulimia
- Irrequietezza
- Disinibizione sessuale
- Irritabilità
- Agitazione
- Affaccendamento
- Agitazione

DISTURBI DEL PENSIERO

- Idee deliranti
- Allucinazioni

Valutazione cognitiva attuale (disorientamento tempo-spaziale, deficit cognitivi, ecc)

Ha avuto ricoveri in ospedali psichiatrici? Sì No

È in cura presso Servizi Psichiatrici? Sì No

Tentati suicidi Sì No

Dipendenza alcolica Farmacologia Altre

Certifico che il Sig./la Sig.ra _____ non ha in atto malattie infettive/contagiose/psichiche che controindicano la vita in comunità.

Il Medico Curante
(timbro e firma)

Data _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

Assistente Sociale di riferimento, solo se conosce l'interessato (Cognome e nome)

.....

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO IN RSA

- stato di salute
- problemi familiari
- problemi abitativi
- solitudine

L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI

- Tutore
 - Curatore
 - Amministratore di Sostegno
 - Ha in corso la pratica per la nomina di (specificare)
-

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì No

Se NO, perché

.....

.....

USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- ADI
 - RSA Aperta
 - CDI
 - SAD
 - Assistente Familiare
 - Altro (specificare)
-

SITUAZIONE FAMILIARE

Il nucleo familiare dell'interessato è così composto:

COGNOME	NOME	RELAZIONE DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TELEFONICO E INDIRIZZO E-MAIL

SITUAZIONE ABITATIVA

attualmente la persona vive:

- solo
 - con parente
 - con assistente familiare (c.d. badante)
 - in altra struttura
 - Altro (specificare)
-
.....

Barriere Architettoniche (rampe di scale, gradini, spazi ridotti...)

- nessuna
- solo interne
- solo esterne
- esterne ed interne

SITUAZIONE ECONOMICA

- nessuna pensione
- anzianità/vecchiaia
- minima/sociale
- reversibilità

Invalidità civile Sì No

Percentuale..... %

Indennità di accompagnamento Sì No In attesa

	INFORMATIVA / Richiesta	M_AMM_02_13
	accesso servizi di Fondazione	Rev. 0 del 30/01/2023
	ai sensi del Regolamento 2016/679 UE (GDPR)	Pag. 1 di 1

Il Titolare del Trattamento

Fondazione Ospedale della Carità - Casa di Riposo Onlus, con sede in (26011) Casalbuttano ed Uniti (CR), Via Marconi, 1, C.F. 83000810198, Tel 0374-361118/ Fax 0374-361878, e-mail: info@rsacasalbuttano.eu; PEC: info@pec.rsacasalbuttano.eu.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il Responsabile della protezione dei dati è l'Avv. Martino Del Sozzo, con studio in Via Cremona 29/A, (46100) Mantova, tel.0376227111, e-mail: martino.delsozzo@gmail.com, posta elettronica certificata: martino.delsozzo@mantova.pecavvocati.it

Categorie di dati trattati

I dati che verranno trattati per le finalità sottoindicate sono di natura comune e particolare.

Finalità del trattamento

I dati personali conferiti saranno trattati nel rispetto delle condizioni di liceità ex art. 6 Reg. UE 2016/679 per le seguenti finalità:
- AMMINISTRATIVA: espletamento dei compiti gestionali ed organizzativi necessari all'inserimento della richiesta di accesso al servizio di RSA e CDI;
- DIAGNOSI: svolgimento di una prima attività diagnostica dello stato generale della sua salute per valutare la possibilità di suo inserimento nei reparti della struttura o nel CDI

Base giuridica

La Fondazione necessita di un Suo specifico consenso per poter trattare i dati riguardanti il Suo stato di salute. Il rilascio del suddetto consenso è necessario per consentire alla Struttura di trattare i Suoi dati di salute per consentirle l'accesso ai servizi della struttura; l'eventuale rifiuto a prestare il consenso non consentirà di erogare la prestazione richiesta.

Periodo di Conservazione o criteri per determinare tale periodo

I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art. 5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge, o comunque per un periodo non superiore a sei mesi per le domande non prese in carico per assenza di requisiti. La verifica sulla obsolescenza dei dati viene svolta periodicamente.

Diffusione e comunicazione a terzi

I dati non verranno diffusi in nessun modo. Tuttavia, i dati di natura personale e quelli appartenenti a categorie particolare, potranno essere comunicati a destinatari, che tratteranno i dati in qualità di responsabili esterni del trattamento all'uopo nominati, ovvero a personale autorizzata al trattamento dei dati, che agisce sotto la diretta autorità del Titolare e/o del Responsabile esterno. L'elenco dei Responsabili del trattamento è costantemente aggiornato e disponibile presso la sede della Fondazione. I dati sanitari dell'interessato potranno essere comunicati ai parenti dell'utente, da esso espressamente indicati, e/o a terze persone anch'esse espressamente indicate dall'interessato.

Diritti dell'interessato

L'interessato ha diritto di esercitare i suoi diritti così come previsti dall'art.15 all'art.22 del GDPR, rivolgendosi al titolare del Trattamento sopra indicato, ovvero al Responsabile della Protezione dei dati. Inoltre, nel caso in cui si ritenga che il trattamento sia stato svolto in violazione della normativa sulla protezione dei dati personali, è riconosciuto il diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia, 11 (00187) Roma.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del GDPR dichiaro di aver preso visione dell'informativa sopra riportata e, per le finalità sopra riportate (trattamento dei dati personali e inerenti la salute al fine del suo inserimento in lista di attesa) acconsento al trattamento dei miei dati personali.

Data: ____/____/____ Firma leggibile dell'interessato _____

Se il consenso non può essere prestato dall'interessato per impossibilità fisica, incapacità di agire oppure incapacità di intendere e di volere, questo è manifestato da chi esercita legalmente la potestà quale (specificare)

NOME E COGNOME _____

- Amministratore di sostegno
 Tutore
 Curatore
 Altro _____

Data: ____/____/____ Firma leggibile dell'interessato _____