



**R.S.A. "MONS. OLINTO FEDI"**

**Richiesta di ammissione in struttura**

Modulo.: Mod05

Ver.: 1.1

Data.: 28/05/2009

Inserimento  Definitivo  
 Temporaneo  
 Diurno

### Dati Anagrafici dell'aspirante ospite

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita / /  Indirizzo domicilio \_\_\_\_\_

USI di appartenenza \_\_\_\_\_

### Dati del Medico Curante

Dr. \_\_\_\_\_ Tel.     /

### Dati del familiare/i a cui fare riferimento

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

Indirizzo domicilio \_\_\_\_\_ Tel.     /

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

Indirizzo domicilio \_\_\_\_\_ Tel.     /



## Raccomandazioni

- ✓ Le Richieste di Ammissione hanno validità semestrale e pertanto trascorso tale periodo le richieste andranno rinnovate
- ✓ Qualora la Richiesta di Ammissione venga accolta la Direzione della struttura si riserva la facoltà di richiedere aggiornata relazione sanitaria del medico curante
- ✓ Sebbene la R.S.A. disponga di idonei controlli agli accessi, non è una struttura chiusa. Pertanto la Direzione declina ogni responsabilità nei confronti di coloro che per qualsiasi motivo se ne allontanassero senza preavviso
- ✓ Possono essere accolte nella R.S.A. persone di ambo i sessi, purchè non affette da malattie infettive e contagiose
- ✓ All'atto dell'ammissione l'ospite o la persona da lui designata, sottoscrive l'impegno a corrispondere alla Direzione della Struttura la quota della retta sociale stabilita a suo carico, nonché ad attenersi alla regolamentazione vigente della residenza
- ✓ All'atto dell'ammissione l'ospite o la persona da lui designata, sottoscrive l'impegno a corrispondere alla Direzione della Struttura la quota della retta sociale stabilita a carico del Comune nel caso questo fosse inadempiente.
- ✓ La RSA "Monsignor Olinto Fedi" effettua il trattamento dei dati sensibili secondo le disposizioni del D.Lgs. 30 Giugno 2003, n°196. Per questo all'atto dell'ammissione l'ospite o la persona da lui designata sottoscrive il modulo di acquisizione del consenso al trattamento dei dati.

Data .....

Firma leggibile del Richiedente \_\_\_\_\_



## ALLEGATO A

### Questionario da compilare da parte del medico curante prima dell'ingresso dell'ospite in struttura

❖ Nome e Cognome del richiedente l'ammissione: \_\_\_\_\_

❖ Età \_\_\_\_\_ Attività lavorativa precedentemente svolta \_\_\_\_\_

---

### *ANAMNESI E TERAPIA*

❖ Anamnesi familiare e fisiologica .....

.....

.....

❖ Anamnesi patologica remota .....

.....

.....

❖ Anamnesi patologica attuale .....

.....

.....

❖ Evidenziare l'eventuale esistenza di .....

malattie infettive e contagiose .....

❖ Terapia in atto consigliata .....

.....

❖ Note per l'assistenza e la cura .....

.....



**BARRARE LA VOCE INTERESSATA**

❖ **Grado di dipendenza**    Indipendente

|                       |                             |                             |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Dipendenza parziale   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Si alimenta da solo   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Si veste da solo      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Deambula da solo      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Deambula con appoggio | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

❖ **Funzionalità arti superiori** \_\_\_\_\_

❖ **Funzionalità arti inferiori** \_\_\_\_\_

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Usa protesi                              | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Usa la carrozzella                       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Usa deambulatore,<br>stampelle o bastone | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

❖ **Vista:**    Porta occhiali     SI     NO

|                      |                                 |                                   |
|----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| E' affetto da cecità | <input type="checkbox"/> TOTALE | <input type="checkbox"/> PARZIALE |
|----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|

❖ **Udito:**    E' affetto da sordità     SI     NO

|  |                                 |                                   |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> TOTALE | <input type="checkbox"/> PARZIALE |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|

|             |                             |                             |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Usa protesi | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|

❖ **Parola:**    Ha difficoltà a parlare     SI     NO

|         |                             |                             |
|---------|-----------------------------|-----------------------------|
| E' muto | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|---------|-----------------------------|-----------------------------|

❖ **Masticazione:**    Ha difficoltà     SI     NO

|                      |                             |                             |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Usa protesi dentaria | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|

|                       |                             |                             |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Deve essere imboccato | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|



❖ Segue dieta particolare:

SI

NO

Motivo \_\_\_\_\_

❖ Alvo e diuresi:

Normale

SI

NO

Ha incontinenza feci

SI

NO

Ha incontinenza urine

SI

NO

Usa catetere

SI

NO

Ano artificiale

SI

NO

❖ Piaghe da decubiti:

SI

NO

LIEVI

GRAVI

❖ Notizie sulla stabilità emotiva e comportamentale in passato: \_\_\_\_\_

❖ Notizie sulla stabilità emotiva e comportamentale presente: \_\_\_\_\_

❖ E' mai in stato confusionale:

SI

NO

TALVOLTA

❖ Ha difficoltà a capire ciò che gli viene detto

SI

NO

❖ Memoria:

BUONA

INSTABILE

ASSENTE

❖ Soffre d'insonnia:

SI

NO

TALVOLTA

❖ Uso dei farmaci per insonnia

SI

NO

❖ E' depresso

SI

NO

❖ E' ansioso

SI

NO

❖ E' demente

SI

NO



**R.S.A. "MONS. OLINTO FEDI"**

**Richiesta di ammissione in struttura**

Modulo.: Mod05

Ver.: 1.1

Data.: 28/05/2009

❖ **Richiede particolare assistenza, cura o sorveglianza** \_\_\_\_\_

❖ **Puo' vivere in comunita'**

SI

NO

❖ **Per tutto quanto detto sopra si ritiene il richiedente l'ammissione:**

Autosufficiente

Parzialmente  
autosufficiente

Non  
autosufficiente

❖ **Eventuali Note:** .....

**Data compilazione** □□/□□/□□

Empty box for stamp and signature of the attending physician.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

*Valutazione del Responsabile Sanitario della Struttura:* .....

.....

.....

*Il Responsabile* .....