



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

Richiesta di ammissione in struttura

Modulo.: Mod05

Ver.: 1.2

Data.: 20/06/2023

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, purché 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, stampelle o bastone	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

❖ **Vista:** Porta occhiali SI NO

È affetto da cecità	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE
---------------------	---------------------------------	-----------------------------------

❖ **Udito:** È 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

È 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: _____

❖ È 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

❖ È depresso

SI

NO

❖ È ansioso

SI

NO

❖ È demente

SI

NO

❖ Richiede particolare assistenza, cura o sorveglianza _____



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

Richiesta di ammissione in struttura

Modulo.: Mod05

Ver.: 1.2

Data.: 20/06/2023

❖ **Può vivere in comunità**

SI

NO

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

Autosufficiente

Parzialmente
autosufficiente

Non
autosufficiente

❖ **Eventuali Note:**

.....

Data compilazione □□/□□/□□

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

❖ **La RSA (per accettazione dell'incarico)**

Note.....

.....

Data □□/□□/□□

TIMBRO E FIRMA DIREZIONE RSA