

Spett.le FONDAZIONE

CONTE CARLO BUSI ONLUS

Via Formis, 4

26041 CASALMAGGIORE (CR)

Il/La sottoscritt..... _____ residente a
_____ Via _____
n° _____ tel. _____ in qualità di _____

RIVOLGE RICHIESTA

a codesta Amministrazione di un ricovero per il/la Sig./ra

_____ nat... a _____ il _____

residente a _____ Via _____
_____ n° _____ presso la C.S.S. "I Gira Soli" di via Romani, 50/a di Casalmaggiore, dal _____.

A tal fine correda la richiesta con la seguente documentazione:

- a. Dichiarazione della condizione di portatore di handicaps, integrata da un profilo funzionale da cui risulti lo stato di gravità, rilasciata dagli organi competenti,
- b. Stato di famiglia,
- c. Certificazione relativa ai redditi dell'utente, del nucleo familiare di appartenenza, dei parenti tenuti agli alimenti,
- d. Accettazione dell'onere della retta da parte dell'interessato o della famiglia e dei parenti tenuti agli alimenti o da parte dell'Amministrazione Comunale del Comune di residenza,
- e. Relazione del Servizio Sociale competente per territorio,
- f. Scheda sanitaria di ingresso,
- g. Qualunque altro documento ritenuto utile.

Informativa D.Lgs 196/03: I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo dell'iter di ingresso in struttura. Il conferimento dei dati è facoltativo; in mancanza tuttavia non potremo dar corso al servizio. Titolare del trattamento è il Direttore Amministrativo della Struttura cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc.

Per i dati necessari e sufficienti, è possibile, in taluni casi doveroso, che ne sia data comunicazione a:
A.S.L., Assessorato regionale alla sanità, Assicurazioni ed enti previdenziali per ragioni amministrative;
Organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria, per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti;
Altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi

Consenso: Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

data, _____

FIRMA

Documentazione sanitaria a carico del MMG o dell'Ente proponente. Il suo obiettivo è di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del candidato al fine di valutarne l'idoneità di inserimento nel contesto RSA.

C.S.S. I GIRA SOLI

ENTE GESTORE: FONDAZIONE "C.BUSI"

Via Formis,4 Cap.26041 Casalmaggiore (CR)

Tel. 0375 43644 -203207 Fax 0375 43562

e-mail: accettazione@geriatricobusi.it sito: www.geriatricobusi.it

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO IN CSS

TIPOLOGIA DI RICOVERO Definitivo Temporaneo

CANDIDATO/A:

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____/____/____ luogo di nascita _____

Residente a _____

Caregiver/Familiare _____ Tel: _____

MEDICO PROPONENTE:

Cognome e Nome _____

Tel: _____ Fax _____ e-mail _____

Timbro e firma:

Data di Compilazione: ____/____/____

Quadro Clinico: Patologie principali

| Indice di Comorbidità (CIRS) | DIAGNOSI | A | L | M | G | M.G. |
|--|----------|---|---|---|---|------|
| Patologia cardiaca Portatore di PM Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Ipertensione | | | | | | |
| Apparato vascolare | | | | | | |
| Apparato respiratorio | | | | | | |
| Occhi/O.R.L | | | | | | |
| Apparato Digerente Tratto Superiore | | | | | | |
| Apparato Digerente Tratto inferiore | | | | | | |
| Fegato | | | | | | |
| Rene | | | | | | |
| Apparato riproduttivo e patologie Genito-Urinarie | | | | | | |
| Apparato Muscoloscheletrico e cute | | | | | | |
| Patologie sistema nervoso (Centrale e periferico, non include la demenza) | | | | | | |
| Patologie del sistema endocrino-Metabolico | | | | | | |
| Stato mentale e comportamentale (Include la demenza e patologia Psichiatrica) | | | | | | |

Leggenda: A: Assente L: Lieve M: Moderata G: Grave M.G.: Molto Grave

Aspetti Clinici e Funzionali

| | |
|--|--|
| Autonomia nel movimento (è possibile barrare più caselle) | <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> Supervisione passiva <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> Mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> Necessità di usare il sollevatore meccanico <input type="checkbox"/> Immobilità a letto |
| Ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle) | <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Bastone <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| Presenza di protesi ortopediche e/o ortesi | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, quali _____ |
| Catetere vescicale | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, data ultimo posizionamento ____/____/____ |
| Cannula endotracheale | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, data ultimo sostituzione ____/____/____ |
| Ossigeno terapia | <input type="checkbox"/> Continua <input type="checkbox"/> Discontinua |
| Ventilazione assistita | <input type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> Non invasiva |
| Catetere Venoso Centrale | <input type="checkbox"/> CVC sede _____ <input type="checkbox"/> Mid-Line sede _____ <input type="checkbox"/> PiCC sede _____ |
| Presenza di Stomie (Non associate alla nutrizione) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì sede _____ |
| Lesioni da pressione | <input type="checkbox"/> Sì sede _____ |
| Altre lesioni cutanee | <input type="checkbox"/> Sì sede _____ |
| Cadute ricorrenti | <input type="checkbox"/> Sì n° di cadute negli ultimi 12 mesi _____ |
| Deficit visivi | <input type="checkbox"/> Sì specificare _____ |

| | |
|------------------|---|
| Deficit auditivi | <input type="checkbox"/> Si specificare _____ |
|------------------|---|

Deficit Cognitivi, disturbi comportamentali e problemi psichiatrici

| | |
|---|--|
| Stato di coscienza alterato <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Vigile <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Coma/ Vegetativo (GCS: /15) |
| Deficit di memoria <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Disorientamento <input type="checkbox"/> Spaziale <input type="checkbox"/> Temporale |
| Disturbo del linguaggio e della comunicazione <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Deficit di comprensione | |
| Crisi d'ansia/attacchi di panico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Deliri <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Allucinazioni <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Aggressività <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> Fisica <input type="checkbox"/> No | Disturbi del sonno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Wandering / affaccendamento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tentativi di fuga <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Utilizzo di mezzi di contenzione <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, di che tipo _____ | |
| Abuso/dipendenza <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, quale _____ | |
| Tentativi di suicidio <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, in data ____/____/____ | |
| Diagnosi di Demenza <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, diagnosticata presso _____ | |
| Diagnosi Psichiatrica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, in carico presso _____ | |
| Eventuali note e osservazioni _____ _____ _____ | |

Problemi e condizioni legate all'alimentazione

| | |
|------------------------------|--|
| Autonomia nell'alimentazione | <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto per azioni complesse <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto costante/imboccamento |
| Edentulia | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Protesi | <input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Inferiore |
| Rifiuto del cibo | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Disfagia | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Dieta specifica | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, di quale tipo _____ |
| Alimentazione enterale | <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG Tipo di alimento _____ |
| Alimentazione parenterale | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tipo di alimento _____ |
| Allergie alimentari | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, di che tipo- _____ |

Terapia

| Farmaco/Principio attivo | Posologia |
|--------------------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Allergia ai farmaci | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, quali _____ |

