

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>Spett.le FONDAZIONE</b>      |
| <b>CONTE CARLO BUSI ONLUS</b>   |
| <b>Via Formis, 4</b>            |
| <b>26041 CASALMAGGIORE (CR)</b> |

Il/La sottoscritt..... \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
 n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ - cellulare \_\_\_\_\_  
 in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il ricovero presso la R.S.A. "Busi" per

me stesso/a,  
 il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
 nat... a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
 n° \_\_\_\_\_

Stato civile:  celibe/nubile,  coniugato/a,  separato/a,  divorziato/a ,  
 vedovo/a,  non dichiarato

Numero figli maschi: ..... Numero figlie femmine: .....

Professione svolta: \_\_\_\_\_

Situazione pensionistica:  
 nessuna pensione,  tipo speciale (guerra,...),  
 anzianità/vecchiaia,  sociale,  
 reversibilità,  invalidità

Titolo di studio: \_\_\_\_\_

Soggetto con assegno di accompagnamento:  
 Dato non rilevato -  Sì  No - domanda presentata  No  Sì

ALTRE INFORMAZIONI RICHIESTE:

Provenienza del richiedente l'ingresso:

dal domicilio;

da struttura ospedaliera (indicare quale): \_\_\_\_\_

da istituto di riabilitazione (indicare quale) : \_\_\_\_\_

Medico curante: dott. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Persone/Parenti di riferimento:

|                                 |       |      |
|---------------------------------|-------|------|
| Nome cognome grado di parentela | Cell. | Tel. |
| Nome cognome grado di parentela | Cell. | Tel. |
| Nome cognome grado di parentela | Cell. | Tel. |

**Informativa D.Lgs 196/03:** I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione della lista di attesa e dell'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate strettamente necessarie a tale scopo. 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

\_\_\_\_\_

Allegati:

- copia del certificato di pensione (mod. Obis M),

- scheda sanitaria di ingresso.

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.

**FONDAZIONE "CONTE C.BUSI"**

Via Formis,4 Cap.26041 Casalmaggiore (CR)

Tel. 0375 43644 -203207 Fax 0375 43562

e-mail: [accettazione@geriatricobusi.it](mailto:accettazione@geriatricobusi.it) sito: [www.geriatricobusi.it](http://www.geriatricobusi.it)

# SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO IN RSA

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 Medico :

Data di Compilazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Quadro Clinico: Patologie principali

| Indice di Comorbidità (CIRS)   | DIAGNOSI | A | L | M | G | M.G. |
|--|----------|---|---|---|---|------|
| <b>Patologia cardiaca</b><br>Portatore di PM Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |          |   |   |   |   |      |
| <b>Ipertensione</b>  |          |   |   |   |   |      |
| <b>Apparato vascolare</b>  |          |   |   |   |   |      |
| <b>Apparato respiratorio</b>   |          |   |   |   |   |      |
| <b>Occhi/O.R.L</b>   |          |   |   |   |   |      |
| <b>Apparato Digerente Tratto Superiore</b>   |          |   |   |   |   |      |
| <b>Apparato Digerente Tratto inferiore</b>   |          |   |   |   |   |      |
| <b>Fegato</b>  |          |   |   |   |   |      |
| <b>Rene</b>  |          |   |   |   |   |      |
| <b>Apparato riproduttivo e patologie Genito-Urinarie</b>   |          |   |   |   |   |      |
| <b>Apparato Muscoloscheletrico e cute</b>  |          |   |   |   |   |      |
| <b>Patologie sistema nervoso</b><br>(Centrale e periferico, non include la demenza)                  |          |   |   |   |   |      |
| <b>Patologie del sistema endocrino-Metabolico</b>  |          |   |   |   |   |      |
| <b>Stato mentale e comportamentale</b><br>(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<br>( è possibile barrare più caselle)    | <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza<br><input type="checkbox"/> Supervisione passiva<br><input type="checkbox"/> Necessita di aiuto costante per la deambulazione<br><input type="checkbox"/> Mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto<br><input type="checkbox"/> Necessità di usare il sollevatore meccanico<br><input type="checkbox"/> Immobilità a letto |
| Ausili per la deambulazione<br>(è possibile barrare più caselle) | <input type="checkbox"/> Nessuno<br><input type="checkbox"/> Bastone<br><input type="checkbox"/> Carrozzina<br><input type="checkbox"/> Deambulatore<br><input type="checkbox"/> Altro _____   |
| Presenza di protesi ortopediche e/o ortesi                       | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sì, quali _____  |
| Catetere vescicale   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, data ultimo posizionamento ____/____/____   |
| Cannula endotracheale  | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sì, data ultimo sostituzione ____/____/____  |
| Ossigeno terapia   | <input type="checkbox"/> Continua<br><input type="checkbox"/> Discontinua  |
| Ventilazione assistita   | <input type="checkbox"/> Invasiva<br><input type="checkbox"/> Non invasiva   |
| Catetere Venoso Centrale   | <input type="checkbox"/> CVC sede _____<br><input type="checkbox"/> Mid-Line sede _____<br><input type="checkbox"/> PiCC sede _____  |
| Presenza di Stomie<br>(Non associate alla nutrizione)            | <input type="checkbox"/> No<br><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"/> Sì specificare _____  |

## Deficit Cognitivi, disturbi comportamentali e problemi psichiatrici

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



