

**FONDAZIONE R.S.A.
CASA RIPOSO NEMBRO O.N.L.U.S.**

Via dei Frati n. 1 - 24027 NEMBRO (Bg)

C.F.: 80024150163 - P.I.: 01742130162

tel. 035/521105 - fax 035/520689

e-mail: fondazione@rsanembro.191.it

DOMANDA DI AMMISSIONE IN RICOVERO TEMPORANEO

Il sottoscritto:

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residente a

Via/Piazza N° CAP

Recapiti telefonici

Stato civile N. figli di cui femmine n. maschi n.

Documento di identità

Codice Fiscale

ASL di appartenenza Tessera sanitaria

Medico Curante Dott. Telefono

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE IN RICOVERO TEMPORANEO

Dal Al

Dati relativi alla richiesta di ammissione dell'Ospite:

PROVENIENZA: CASA NO SI

RICOVERATO c/o

Dati anagrafici del garante individuato per il pagamento:

Cognome Nome

Grado di parentela con l'Ospite

Data di nascita Luogo di nascita

Residente a Prov.

Via/Piazza N. CAP

Recapiti telefonici

Codice Fiscale

Altri riferimenti dell'Ospite da contattare:

COGNOME E NOME	PARENTELA	VIA	CITTA'	CAP	TELEFONO

Elenco dei documenti da produrre al momento della presentazione della domanda:

1. fotocopia della carta d'identità
2. fotocopia del Codice Fiscale
3. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
4. fotocopia tesserino esenzione ticket
5. fotocopia tessera regionale dei servizi
6. fotocopia carta d'identità del garante al pagamento

All'ingresso nella RSA dovranno essere consegnati all'Ufficio Segreteria:

- tessere regionale dei servizi
- tesserino esenzione ticket

Firma dell'Ospite (facoltativa)

Firma del Garante

Nel caso in cui la domanda di ricovero temporaneo non sia sottoscritta dall'Ospite, è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo.

Luogo e data

In base a quanto disposto nell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03, sono informato circa il trattamento dei miei dati personali, ed in particolare che:

- la finalità del trattamento è la valutazione per l'inserimento in RSA ed i dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici;
- il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;
- i dati raccolti verranno comunicati unicamente all'ASL ed esclusivamente per la finalità di rendicontazione;
- potranno essere esercitati i diritti di accesso ai propri dati, di cui all'art. 7 D.Lgs n. 196/03;
- il titolare del trattamento è la Fondazione R.S.A. Casa Riposo Nembro O.N.L.U.S.

Data

Firma

FONDAZIONE R.S.A.
CASA RIPOSO NEMBRO O.N.L.U.S.
Via dei Frati n. 1 - 24027 NEMBRO (Bg)
C.F.: 80024150163 - P.I.: 01742130162
tel. 035/521105 - fax 035/520689
e-mail: fondazione@rsanembro.191.it

DOMANDA DI AMMISSIONE IN RICOVERO TEMPORANEO

SCHEDA SANITARIA

(A cura del Medico di Medicina Generale)

Sig./raluogo e data di nascita

Residente Via Tel

Peso Altezza

ANAMNESI

.....

.....

.....

.....

.....

RICOVERI OSPEDALIERI RECENTI

.....

.....

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE

.....

.....

.....

.....

COMPENSO CARDIO-CIRCOLATORIO E CIRCOLATORIO

Soddisfacente In equilibrio farmacologico Scompensato

CONDIZIONI PSICHICHE

Lucide Fasi di confusione e disorientamento

Persistente disorientamento Fasi di agitazione psicomotoria

Inversione del ritmo sonno veglia Altro

REATTIVITA' EMOTIVA

Collaborante Estraniato/a dal mondo circostante depressione
 Stato ansioso Agitazione con spunti aggressivi

ALIMENTAZIONE

Autonoma Con necessità di piccolo aiuto Necessità di imboccamento
 Alimentazione artificiale (PEG) altro.....

STATO METABOLICO NUTRIZIONALE

Soddisfacente Carente apporto nutrizionale
 In equilibrio farmacologico Scompensato

NECESSITA' DI DIETE PARTICOLARI

.....
.....

ALLERGIE O INTOLLERANZA VERSO I SEGUENTI PRODOTTI

.....
.....

INCONTINENZA

URINARIA Assente Occasionale Abituale Catetere
FECAL Assente Occasionale Abituale

DEAMBULAZIONE

Cammina da solo/a Cammina con l'aiuto di..... Si sposta in carrozzella
 Allettato Altro

PIAGHE DA DECUBITO

Assenti Iniziali Gravi Multiple Altro

Localizzazione

E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE IN ATTO E PUO' VIVERE IN COMUNITA'?

SI NO (specificare).....

INTOLLERANZA AI SEGUENTI FARMACI

.....
.....
.....

TERAPIA IN ATTO

.....
.....
.....

PROPOSTA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO (Valenza sanitaria dell’inserimento con riferimento all’autonomia reale o potenzialmente recuperabile del soggetto)

.....
.....
.....
.....

Eventuali indicazioni del Medico curante in ordine alla struttura del ricovero (con particolare riferimento alla possibilità di rientrare a domicilio)

.....
.....
.....

NOTE AGGIUNTIVE

.....
.....

Data

Timbro e firma del medico

.....

.....

Si chiede cortesemente di allegare alla presente scheda sanitaria gli ultimi esami ematochimici e indagini strumentali oltre a eventuali documentazioni cliniche relative alla patologia di cui l’anziano è affetto. L’Ente si riserva la facoltà di dimettere l’ospite qualora i certificati medici prodotti a corredo della domanda o la scheda sanitaria abbiano taciuto l’esistenza di rilevanti malattie o infezioni dello stesso.