



Fondazione Don Giovanni Ferraglio Malonno ETS

N. iscrizione al RUNTS 165104

Via G. Ferraglio, 8 - 25040 MALONNO (BS) tel. 0364.65290 - fax 0364/635101

Codice Fiscale: 01814460174

Partita IVA: 00656570983

AMMINISTRAZIONE: amministrazione@donferraglio.it

DIRETTORE: personale@donferraglio.it

UFFICI: contabilita@donferraglio.it

INFERMERIA: sanitario@donferraglio.it

POSTA CERTIFICATA: donferraglio@pec.it

RICHIESTA DI AMMISSIONE

IN R.S.A. - C.D.I.

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ (pr _____) il _____

residente a _____ (pr _____) in Via _____ n. _____ tel _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

di essere seguito dai servizi territoriali _____

di trovarsi nella condizione non autosufficienza sanitaria come da certificato medico allegato:

CHIEDE

di essere ammesso in R.S.A. C.D.I. esprimendo preferenza per le strutture di :

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

Si impegna a corrispondere alla R.S.A. C.D.I. la retta stabilita

_____ li _____

In fede

(firma del richiedente)

PERSONA DI RIFERIMENTO (per aspetti economici e legali)

In caso di mancanza di parenti da compilarsi da parte del Comune.

nome e cognome _____ grado di parentela _____

residente a _____ (_____) via _____ tel _____

In fede

Allegati: Scheda Sanitaria



Fondazione Don Giovanni Ferraglio Malonno ETS

N. iscrizione al RUNTS 165104

Via G. Ferraglio, 8 - 25040 MALONNO (BS) tel. 0364.65290 - fax 0364/635101

Codice Fiscale: 01814460174

Partita IVA:00656570983

AMMINISTRAZIONE: amministrazione@donferraglio.it

DIRETTORE: personale@donferraglio.it

UFFICI: contabilita@donferraglio.it

INFERMERIA: sanitario@donferraglio.it

POSTA CERTIFICATA: donferraglio@pec.it

Domanda di ammissione presentata da terza persona

..L.. Sottoscritto/a nato a.....()
ilresidente a.....() via.....n°

in qualità di del/la Sig/ra impedito/ta a rendere
dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute

CHIEDE

Che il/la Sig/ra nato a.....()
ilresidente a.....() via.....n°

venga ammesso presso codesta RSA alle condizioni indicate nel contratto di assistenza socio –
sanitaria e nel regolamento dell'Ente dei quali dichiara di aver ricevuto copia e preso visione.

SI IMPEGNA

1. Ad accompagnare il Sig.....presso la R.S.A. nel giorno programmato.
2. Ad effettuare il pagamento della retta di degenza stabilita dalla Amministrazione della R.S.A. come indicato nel contratto di assistenza socio-sanitaria, eventualmente in solido con altri soggetti obbligati ed indicati nel contratto medesimo.

Malonno,

Firma

* Se l'assistito è interdetto o inabilitato o assistito da un amministratore di sostegno, allegare fotocopia del decreto e di un documento di riconoscimento del legale rappresentante.

=====



Fondazione Don Giovanni Ferraglio Malonno ETS

N. iscrizione al RUNTS 165104

Via G. Ferraglio, 8 - 25040 MALONNO (BS) tel. 0364.65290 – fax 0364/635101

Codice Fiscale: 01814460174

Partita IVA:00656570983

AMMINISTRAZIONE: amministrazione@donferraglio.it

DIRETTORE: personale@donferraglio.it

UFFICI: contabilita@donferraglio.it

INFERMERIA: sanitario@donferraglio.it

POSTA CERTIFICATA: donferraglio@pec.it

SCHEDA SOCIALE

COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Stato civile:

celibe coniugato separato divorziato vedovo

Composizione del Nucleo familiare:

Solo Con Coniuge Coniuge/figli con figli con genitori Altro

N° Figli viventi: Maschi ____ Femmine ____

Persone Significative che prestano assistenza:

Tipo di relazione	Nominativo	Residenza - recapito telefonico	Convivente con il richiedente

Il Richiedente è titolare di:

Pensione

SI NO

Invalidità Civile :

SI ____ % NO

In corso di accertamento

Indennità di Accompagnamento :

SI NO

Legge 104/92 Gravità Handicap :

SI NO

E' seguito dal Servizio Sociale di: _____

Ha i seguenti Servizi in atto:

Voucher Sociale SAD Comunale ADI- Est. VSS Colf privata

Badante Telesoccorso CDI Ricovero di Sollievo Altro

È assistito da tutore curatore amministratore di sostegno

Nominativo _____

ASPETTI SOCIO AMBIENTALI E ABITATIVI

L'abitazione è ubicata:

- 0 In paese
- 1 In frazione
- 2 Isolata rispetto al paese od a altre abitazioni

L'abitazione necessita di interventi strutturali di manutenzione/ristrutturazione o adeguamento

- 0 E' adeguata
- 3 Necessità di interventi
- 4 Fatiscente non ristrutturabile

L'igiene e la pulizia domestica si presentano:

- 0 Adeguate e regolari
- 2 Carenti con necessità di maggiore regolarità nella pulizia ordinaria quotidiana
- 3 Assenti con necessità di interventi mirati di pulizia ordinaria e straordinaria

L'abitazione è riscaldata tramite:

- 0 Riscaldamento centralizzato
- 2 Stufa a caricamento del combustibile
- 3 Riscaldamento assente/non funzionante

L'Abitazione è dotata di Servizi Igienici:

- 0 Interni ed adeguati
- 2 Poco funzionali e/o usurati
- 3 Esterni e/o inagibili

L'abitazione presenta:

- 0 Appartamento disposto su un solo piano senza rilevanti scale di accesso
- 2 Scale di accesso interne o esterne
- 3 Scale sconnesse con gradini alti o dissestati esterne o interne

1° _____ Punteggio Parziale

ASPETTI DI AUTONOMIA E BISOGNI ASSISTENZIALI

Il reddito del richiedente in rapporto alla retta del Servizio richiesto e spese connesse

- 0 E' sufficiente in totale autonomia economica
- 2 Necessita di integrazione regolare da parte dei parenti

3 Necessità di contributo economico da parte di Ente pubblico

Il richiedente si alimenta in modo

0 Corretto ed adeguato

2 Abbisogna di essere controllato e/o stimolato nell'alimentazione

4 Non si alimenta e/o non in modo corretto ed adeguato

Il richiedente nella gestione ed atti della vita quotidiana necessita:

0 Di assistenza ed indirizzo per alcune funzioni/in alcuni momenti della giornata

2 Di assistenza diurna o notturna

4 Di assistenza diurna e notturna

2° _____ Punteggio Parziale

ASPETTI RELAZIONALI E FAMILIARI

Il richiedente ha difficoltà di relazione e/o conflitti con famigliari e/o parenti che generano disagio e influiscono sulla quantità e/o qualità dell'assistenza e cura:

0 Vive relazioni che consentono di prestare l'assistenza necessaria

2 Sono presenti difficoltà di relazione e/o conflitti con familiari non conviventi

3 Sono presenti difficoltà di relazione e/o conflitti con i famigliari conviventi

Il richiedente usufruisce nell'assistenza di un supporto familiare (**Quantità della cura**)

0 Sufficiente a coprire tutti i suoi bisogni e tempi di cura necessari

3 Sufficiente a coprire solo le esigenze principali e/o urgenti

4 Assente o insufficiente a coprire le esigenze primarie

I familiari/caregiver svolgono le mansioni di cura in modo (**Qualità della cura**)

0 Competente ed efficace

2 Insufficiente in abilità ed in efficacia della risposta

4 Trascurato e superficiale

*

3° _____ Punteggio Parziale

(Somma 1° - 2° - 3° Punteggio Parziale)

Totale Punteggio Sociale

I familiari/caregiver sono in grado di continuare a prestare le cure necessarie

Sì

Per un periodo di tempo limitato (quantificare _____)

No (motivo _____)

Il richiedente convive con famigliari con dichiarazione di invalidità civile super. al 70%

0 No - nessuna presenza di famigliari conviventi dichiarati invalidi

2 Sì - presenza di conviventi con dichiarazione superiore al 70%

3 Sì - il richiedente ha compiti di cura ed assistenza del convivente invalido

Il nucleo familiare è o è stato seguito dal Servizio Sociale di Base o Servizi Sociali

Specialistici per problematiche sociali inerenti dipendenze, emarginazione, disadattamento sociale, gravi problematiche economiche e di disfunzionalità familiare:

0 No

2 Presenti uno o più familiari conosciuti dal Servizio Sociale di base/specialista

3 Il richiedente è conosciuto dai Servizi Sociali e/o portatore delle problematiche esposte

AUTONOMIA NELLE ATTIVITÀ STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)

Capacità di :

- usare il telefono Sì No Con aiuto/sostegno/stimolo
- fare acquisti Sì No Con aiuto di _____
- preparare cibo Sì No Con aiuto di _____
- governare la casa Sì No Con aiuto di _____
- lavare e stirare biancheria Sì No Con aiuto di _____
- utilizzare i mezzi di trasporto Sì No Con aiuto di _____
- somministrarsi i medicinali Sì No Con aiuto di _____
- maneggiare denaro Sì No Con aiuto di _____

Necessità di Assistenza notturna:

- E' sufficiente un campanello in caso di emergenza
- Il caregiver dorme vicino si alza alla chiamata o al bisogno
- Il caregiver deve essere vigile tutta la notte

MOTIVAZIONI SOTTOSTANTI LA RICHIESTA DEL SERVIZIO

Tipologia di Domanda RSA CDI:

1° Domanda Già in lista per RSA Già in lista per CDI Altro _____

Domanda d'urgenza

Richiesta di ricovero in RSA in posto:

Accreditato Ricovero d'emergenza

Richiesta di inserimento in CDI:

Le condizioni sanitarie e di mobilitazione consentono all' interessato di sottoporsi quotidianamente al trasporto: SI NO

L'interessato la sera rientra nella:

Propria abitazione Abitazione del parente/caregiver Altro _____

Al rientro abbisogna di assistenza :

Mattutina Serale Notturna Non ne abbisogna

L'interessato da chi è assistito a domicilio:

- Familiare/caregiver SAD comunale Badante Volontari

Motivazioni e condizioni che hanno indotto la richiesta di RSA o CDI

Quale è la motivazione principale che ha indotto la presentazione della domanda:

- Perdita autonomia fisica/psichica Famiglia non è in grado di provvedere
 Vive Solo Alloggio inadatto Perdita del familiare/caregiver
 Altro

L'iniziativa di presentare richiesta è stata presa dal:

- Interessato o richiedente Familiare o affine Assistente Sociale Medico

Qualora l'iniziativa provenga da terzi **l'interessato**:

- Ha manifestato parere positivo
 Ha manifestato disaccordo sulla soluzione
 Non è in grado di esprimere un parere

Al momento della presentazione della richiesta l'interessato si trova:

- Al proprio domicilio Al domicilio del parente /Caregiver

In STRUTTURA

- Psichiatrica Sanitaria Ospedaliera accreditata Sanitaria Ospedaliera non accreditata

In DIMISSIONE da

- Istituto di riabilitazione Altra tipologia di Servizio (CDI)
 Altra struttura _____ Altro _____

PROBLEMI E BISOGNI ESPRESSE:

PROPOSTA DI INTERVENTO:

Data _____



Fondazione Don Giovanni Ferraglio Malonno ETS

N. iscrizione al RUNTS 165104

Via G. Ferraglio, 8 - 25040 MALONNO (BS) tel. 0364.65290 - fax 0364/635101

Codice Fiscale: 01814460174

Partita IVA:00656570983

AMMINISTRAZIONE: amministrazione@donferraglio.it

DIRETTORE: personale@donferraglio.it

UFFICI: contabilita@donferraglio.it

INFERMERIA: sanitario@donferraglio.it

POSTA CERTIFICATA: donferraglio@pec.it

SCHEDA UTENTE

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Telefono n° _____

Domicilio c/o _____ Via _____ n° _____

Paese _____ Tel. n° _____

Cod. Fiscale _____ Tess. Sanitaria _____

Persona di riferimento:

COGNOME _____ NOME _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Telefono n° _____ e-mail _____

Grado di parentela _____ C.F. _____

Data Compilazione: ____/____/____

RICHIESTA: RSA CDI

1° Domanda

- Richiesta Urgente
- Già in lista in altre RSA
- Altro _____

MOTIVO DELLA DOMANDA:

- Perdita autonomia fisica/psichica
- Famiglia non è in grado di provvedere
- Vive Solo
- Alloggio inidoneo
- Perdita del familiare/caregiver
- Altro

INIZIATIVA DELLA DOMANDA:

- Il Soggetto stesso
- Familiare o affine
- Assistente Sociale
- medico
- tutore
- Altro _____

TIPOLOGIA ASSISTENZA:

- Ricovero ordinario
- Ricovero d'emergenza

PENSIONE SI NO
 QUALE _____

INVALIDITA':

- SI NO In corso
- Accettata Tipo %

Indennità di Accompagnamento :

- SI NO

Legge 104/92 Gravità Handicap :

- SI NO

Titoli Sociali:

- Buono Sociale SI NO
- Voucher Sociale SI NO

PROVENIENZA OSPITE:

- Dal domicilio
- Struttura Psichiatrica
- Struttura Sanitaria (ospedaliera) accreditata
- Struttura Sanitaria (ospedaliera) non accreditata
- in dimissione da istituto di riabilitazione
- in dimissione da altro regime o tipologia di Servizio (CDI)
- Dimesso da altra struttura
- Altro _____

N° FIGLI VIVENTI:

Maschi _____

Femmine _____

Scolarità

(Firma operatore)



Informativa per il trattamento dei dati personali
ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

Gentile Interessato/a,

la Fondazione Don Giovanni Ferraglio Malonno ETS, in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, La informa che i Suoi dati personali, acquisiti all'atto dell'instaurazione del rapporto e nel corso della permanenza presso la struttura o dell'erogazione dei servizi, saranno trattati nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione, esattezza, integrità e riservatezza.

1. Titolare del trattamento e dati di contatto

Titolare del trattamento è la Fondazione Don Giovanni Ferraglio Malonno ETS con sede a Malonno (BS) in Via G. Ferraglio n. 8, C.F. 01814460174, P. IVA 00656570983, telefono 0364/65290, fax 0364/635101, e-mail: amministrazione@donferraglio.it.

2. Nomina del Responsabile della protezione dei dati (DPO)

La Fondazione ha nominato il Responsabile della Protezione dei Dati (Data Protection Officer – DPO), contattabile al seguente indirizzo e-mail: dpo@ivanpasotti.it.

3. Oggetto del trattamento dei dati personali

Saranno oggetto di trattamento i dati personali comuni dell'ospite e, ove necessario, dei familiari, tutori, amministratori di sostegno o altri soggetti legittimati, quali, a titolo esemplificativo: nome, cognome, data e luogo di nascita, indirizzo, codice fiscale, recapiti telefonici ed e-mail, estremi di documenti di identità, dati anagrafici e amministrativi, dati fiscali, economici e bancari necessari alla gestione del rapporto.

Saranno inoltre trattati i dati appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (UE) 2016/679, inclusi i dati relativi alla salute e gli altri dati strettamente pertinenti all'assistenza socio-sanitaria, alla tutela dell'ospite, alla predisposizione e gestione della documentazione socio-sanitaria, alla somministrazione di terapie, alla gestione dei servizi assistenziali e ai connessi adempimenti previsti dalla normativa applicabile.

Potranno inoltre formare oggetto di trattamento le immagini raccolte mediante impianti audiovisivi e di videosorveglianza, ove presenti, nei limiti e con le garanzie previste dalla normativa applicabile.

4. Finalità e base giuridica del trattamento

Il Titolare svolge legittimamente l'attività per la quale è autorizzato, ossia l'erogazione di servizi socio-sanitari e assistenziali in regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare. Il trattamento dei dati è effettuato per l'instaurazione, gestione ed esecuzione del rapporto con l'ospite, per l'erogazione dell'assistenza, per i connessi adempimenti organizzativi, documentali e informativi, nonché per l'adempimento di obblighi di legge, regolamentari, amministrativi, fiscali e contabili.

Il trattamento di categorie particolari di dati personali è legittimato dalla necessità di:

- Provvedere all'assistenza socio-sanitaria, normata dalla Regione Lombardia, con DGR X/2569/2014, in particolare ai punti 2.2.5.d Documentazione Socio-sanitaria e 2.2.6 Sistema informativo, nonché dalle successive modifiche e integrazioni. Il trattamento avviene in forma mista (cartacea e informatizzata, con prevalenza della seconda);
- Garantire la tutela della salute e della sicurezza dell'ospite, nonché la gestione della documentazione socio-sanitaria e dei flussi informativi richiesti dalla normativa applicabile;
- Assolvere agli obblighi previsti dalla legge e dalle disposizioni delle autorità competenti. Le immagini raccolte mediante sistemi di videosorveglianza, ove presenti, sono trattate per finalità di sicurezza, tutela del patrimonio, protezione degli ospiti, dei visitatori e del personale, prevenzione di accessi non autorizzati o situazioni di rischio, nel rispetto dei principi di necessità, proporzionalità e minimizzazione.



5. Destinatari dei dati personali

I dati personali in questione saranno comunicati, per quanto strettamente pertinente, ai seguenti destinatari o categorie di destinatari:

- Pubbliche Amministrazioni, Enti ed Istituzioni, nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti;
- medici, personale sanitario e socioassistenziale, anche operante in regime libero-professionale o convenzionato, per quanto di competenza;
- banche ed istituti di credito, per l'eventuale addebito di spettanze dovute;
- società finanziarie, in caso di finanziamenti richiesti;
- Autorità giudiziarie o di pubblica sicurezza, nei casi previsti dalla legge;
- organi di controllo e vigilanza (a titolo esemplificativo: ATS, Regione Lombardia, Agenzia delle Entrate, ISTAT, ove applicabile anche in forma aggregata o anonima);
- altri professionisti esterni, società e/o associazioni che forniscono servizi e/o consulenze, nominati Responsabili del trattamento o autorizzati, ad esempio per manutenzione di sistemi informatici, software, rete, archiviazione, consulenza amministrativa, fiscale, legale o organizzativa;
- fornitori di servizi strettamente connessi all'assistenza e alla gestione della struttura, nei limiti delle rispettive competenze;
- i dati non saranno diffusi, salvo specifico consenso dell'interessato o di chi lo rappresenta e salvo obblighi di legge.

6. Esistenza di attività di profilazione o di processi decisionali automatizzati, logica utilizzata e conseguenze per l'interessato

Le attività di classificazione dell'ospite eventualmente previste dalla normativa regionale o dai sistemi informativi di settore, anche ai fini dell'inquadramento in classi assistenziali o tariffarie (quali, ad esempio, classi SOSIA o altre classificazioni previste dalla normativa applicabile), sono svolte nell'ambito degli adempimenti previsti per la gestione del servizio. Non sono adottate decisioni basate unicamente su trattamenti automatizzati ai sensi dell'art. 22 del Regolamento (UE) 2016/679 che producano effetti giuridici sull'interessato senza intervento umano.

7. Natura obbligatoria del conferimento dei dati

Con riferimento ai dati personali e particolari raccolti direttamente presso di Lei all'atto della presente informativa, il conferimento è obbligatorio per la corretta instaurazione e gestione del rapporto, per l'erogazione dell'assistenza e per l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa applicabile.

L'eventuale rifiuto di fornire i dati necessari potrà comportare l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto e di erogare correttamente i servizi richiesti.

8. Diritti dell'interessato

Il Regolamento (UE) 2016/679 Le riconosce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di richiedere al Titolare del trattamento: la conferma che sia o meno in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso); la rettifica dei dati personali inesatti o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica); la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento e nei limiti consentiti dalla normativa applicabile (diritto alla cancellazione); la limitazione del trattamento, quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione); di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo informatico, i dati personali da Lei forniti, nei casi previsti dal Regolamento, e di trasmettere tali dati ad altro titolare di trattamento (diritto alla portabilità);

Diritto di opposizione: Lei ha diritto di opporsi, per motivi connessi alla Sua situazione particolare, al trattamento dei dati effettuato sulla base del legittimo interesse del Titolare, nei casi in cui tale base giuridica sia applicabile (diritto di opposizione).

Modalità di esercizio dei diritti: Per l'esercizio dei Suoi diritti, Lei potrà inviare una richiesta ai recapiti del Titolare del trattamento sopra indicati.

Diritto di revoca del consenso: Relativamente ai trattamenti di dati effettuati sulla base del consenso, Le è riconosciuto il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, senza che ciò possa pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. La revoca del consenso dovrà essere comunicata in forma scritta ai recapiti del Titolare del trattamento.

Diritto di proporre reclamo a un'Autorità



Le è inoltre riconosciuto il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi le disposizioni vigenti.

9. Conservazione dei dati

I dati personali oggetto della presente informativa saranno conservati come segue:

- i dati sanitari e la documentazione sociosanitaria saranno conservati per i tempi previsti dalla normativa applicabile e dagli obblighi di legge vigenti in materia;
- i dati di diversa natura saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge e le esigenze di tutela dei diritti del Titolare;

Fondazione Don Giovanni Ferraglio Malonno ETS

Io sottoscritto _____ (indicare nome cognome in stampatello) Dichiaro di aver ricevuto l'informativa

_____ (firma)

Luogo, data _____

Qualifica: amministratore di sostegno Tutore Familiare diretto interessato

Consenso al trattamento

Ricevuta l'informativa e preso atto, in particolare, dei diritti riconosciuti dal Reg. UE 2016/679 le chiediamo inoltre di voler segnalare il consenso alle seguenti modalità e finalità di trattamento dei suoi dati personali

1) esprimo il consenso nego il consenso

Al trattamento di fotografie che La ritraggono, destinate a esposizioni interne alla struttura e ad iniziative interne di socializzazione, ricordo e conoscibilità dell'ospite.

2) esprimo il consenso nego il consenso

Al trattamento di fotografie e video che La ritraggono e che possono essere inseriti nel materiale informativo o istituzionale della struttura (ad es. carta dei servizi, sito internet, materiali informativi, pubblicazioni istituzionali).

3) esprimo il consenso nego il consenso

Alla pubblicazione dei dati anagrafici dell'ospite, limitatamente a nome, cognome, età e notizia relativa a ricorrenze, traguardi anagrafici o altri eventi celebrativi significativi che lo riguardino (quali, a titolo esemplificativo, il raggiungimento dei 100 anni, compleanni di particolare rilievo, anniversari o analoghe ricorrenze), sul giornalino interno della struttura ed eventualmente sulla stampa o altri mezzi di informazione.

Firma dell'interessato Data:

Qualifica: amministratore di sostegno Tutore Familiare diretto interessato





Fondazione Don Giovanni Ferraglio Malonno ETS

N. iscrizione al RUNTS 165104

Via G. Ferraglio, 8 - 25040 MALONNO (BS) tel. 0364.65290 - fax 0364/635101

Codice Fiscale: 01814460174

Partita IVA:00656570983

AMMINISTRAZIONE: amministrazione@donferraglio.it

DIRETTORE: personale@donferraglio.it

UFFICI: contabilita@donferraglio.it

INFERMERIA: sanitario@donferraglio.it

POSTA CERTIFICATA: donferraglio@pec.it

SCHEDA SANITARIA (a cura del medico di famiglia)

COGNOME _____ **NOME** _____
Data di nascita ___/___/____ **Sesso** M F

A - VALUTAZIONE COMORBILITA' E SEVERITA' (CIRS)

- ① assente Nessuna compromissione di organo/sistema.
② lieve La compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto o no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).
③ moderato La compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, diabete, fratture).
④ grave La compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco).
⑤ molto grave La compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia).

	PATOLOGIE IN ATTO	DIAGNOSI (Quadro da compilarsi obbligatoriamente)	PUNTEGGIO
1	CARDIACA (solo cuore)		① ② ③ ④ ⑤
2	IPERTENSIONE (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)		① ② ③ ④ ⑤
3	VASCOLARI (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)		① ② ③ ④ ⑤
4	RESPIRATORIE (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)		① ② ③ ④ ⑤
5	O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)		① ② ③ ④ ⑤
6	APPARATO GASTRO ENTERICO SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)		① ② ③ ④ ⑤
7	APPARATO GASTRO ENTERICO INFERIORE (intestino, ernie)		① ② ③ ④ ⑤
8	EPATOPATIE (solo fegato)		① ② ③ ④ ⑤
9	RENALI (solo rene)		① ② ③ ④ ⑤
10	ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)		① ② ③ ④ ⑤
11	SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRO-CUTE (muscoli, scheletro, tegumenti)		① ② ③ ④ ⑤
12	SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO (non include la demenza)		① ② ③ ④ ⑤
13	ENDOCRINE-METABOLICHE (include diabete, infezioni, stati tossici)		① ② ③ ④ ⑤
14	PSICHIATRICO-COMPORTAMENTALI (demenza, psicosi, depressione, ansia, agitazione, psicosi)		① ② ③ ④ ⑤

B - VALUTAZIONE STATO FUNZIONALE (BARTHEL MODIFICATO)

<i>Indice mobilità</i>					
Trasferimenti letto - sedia	①	②	③	④	⑤
deambulazione	①	②	③	④	⑤
Locomozione su sedia a rotelle	①	②	③	④	⑤
Igiene personale	①	②	③	④	⑤
Alimentazione	①	②	③	④	⑤

Trasferimenti letto sedia

1. manca la capacità di collaborare al trasferimento, per il quale sono necessarie due persone, con o senza ricorso ad uno strumento meccanico
2. il paziente collabora, ma rimane necessaria la completa assistenza da parte di una persona in tutte le fasi delle manovre
3. per una o più fasi del trasferimento è necessaria l'assistenza prestata da una persona
4. occorre la presenza di una persona al fine di infondere fiducia o di garantire sicurezza
5. il paziente è autonomo nella deambulazione ma non riesce a percorrere 50 metri senza ricorrere ad aiuto, o, altrimenti, risulta necessaria una supervisione che garantisce fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose

Deambulazione

1. dipendenza rispetto alla locomozione
2. ai fini della deambulazione è indispensabile la presenza costante di una o più persone
3. è necessario aiuto per raggiungere e/o manovrare ausili. L'assistenza viene fornita da una persona
4. il paziente è autonomo nella deambulazione ma non riesce a percorrere 50 metri senza ricorrere ad aiuto, o, altrimenti, risulta necessaria una supervisione che garantisce fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
5. qualora necessario il paziente deve essere capace di indossare dei corsetti, allacciarli e slacciarli, assumere la posizione eretta, sedersi, e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve inoltre essere in grado di adoperare stampelle, bastoni o un deambulatore, e percorrere 50 metri senza aiuto o supervisione.

Locomozione su sedia a rotelle

N.B. da compilare solamente se il paziente è quotato " 1 " rispetto alla deambulazione e solo se è stato istruito sull'uso della sedia a rotelle

1. il paziente è in carrozzina, dipendente per la locomozione
2. il paziente può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti, su superficie piana; riguardo a tutti gli altri aspetti della locomozione in carrozzina necessita di assistenza
3. è indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto ecc.
4. il paziente riesce a spingersi per durate ragionevoli sui terreni di più consueta percorrenza. E' tuttavia ancora necessario aiutarlo limitatamente agli spazi più angusti.
5. per essere giudicato autonomo il paziente deve essere capace di girare attorno agli spigoli e su stesso con la sedia a rotelle, e di accostarla al tavolo, al letto, alla toilette ecc. Il paziente deve riuscire a percorrere almeno 50 metri.

Igiene personale

1. il paziente non è capace di badare all'igiene della propria persona ed è dipendente da tutti i punti di vista
2. è necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale.
3. è necessario aiutarlo in uno o più aspetti dell'igiene personale
4. il paziente è in grado di provvedere alla cura della propria persona, ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo le operazioni da eseguire.
5. il paziente riesce a lavarsi le mani ed il volto, a pettinarsi, pulirsi i denti e radersi. Un maschio può usare qualsiasi tipo di rasoio ma deve essere in grado di inserirvi la lama o di collegarlo alla presa.

Alimentazione

1. il paziente è totalmente dipendente per quanto riguarda l'alimentazione, e va imboccato
2. riesce a manipolare una posata, di solito un cucchiaino, od un altro strumento, ma è necessaria la presenza di qualcuno che fornisca assistenza attiva durante il pasto
3. il paziente riesce ad alimentarsi sotto supervisione. L'assistenza è limitata a gesti più complicati, come versare latte o zucchero nel tè, aggiungere sale o pepe, imburrare, rovesciare un piatto, o altre attività di preparazione al pasto
4. il paziente è indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli ecc. la presenza di un'altra persona non è indispensabile
5. il paziente riesce a mangiare per conto proprio su una tavola apparecchiata. Deve essere in grado di adoperare da solo un ausilio, laddove necessario, e poter condire con sale, pepe o burro ecc.

C - VALUTAZIONE DI COGNITIVITA' E COMPORTAMENTO (GBS)

Confusione	①	②	③	④
Irritabilità	①	②	③	④
Irrequietezza	①	②	③	④

Confusione

1. è completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata
2. è chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe
3. appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
4. è in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente

irritabilità

1. qualsiasi contatto è causa di irritabilità
2. uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
3. mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
4. non mostra segni di irritabilità ed è calmo

irrequietezza

1. cammina avanti e indietro incessantemente, senza fermarsi, ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
2. appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano
3. mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante le conversazioni, ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
4. non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

D - VALUTAZIONE DEL SENSORIO

ASPETTI PSICOSENSORIALI	assente	limitata	integra
Capacità di comunicare	①	②	③
Vista	①	②	③
Udito	①	②	③

E – ULTERIORI ELEMENTI DI INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Neoplasia maligna	① no	② si
AIDS	① no	② si
Malattie progressive SNC	① no	② si

Accidenti cerebrali:	① no	② recenti	③ pregressi
Esiti: ① afasia ② disfasia	① emi ② para	③ tetra	① paresi ② plegia

Trauma / intervento chirurgico	① no	② frattura femore	③ altre fratture
	④ protesi anca	⑤ interv. chirurgici	⑥ altro

Lesioni da decubito

Stadiazione	NO	1°	2°	3°	4°
Punteggio	①	②	③	④	⑤

Ausili prevenzione lesioni	Letto no ① ② si	Materassino no ① ② si
----------------------------	--------------------	--------------------------

Dipendenza	① no	② alcool	③ stupefacenti	④ altro
------------	------	----------	----------------	---------

Ausili per la gestione dell'insufficienze funzionali già in uso

Ausili per il movimento	Bastone/gruccia no ① ② si	Arto artificiale no ① ② si	Carrozzina no ① ② si
Gestione incontinenza	Presidi assorbenti no ① ② si	Catetere vescicale no ① ② si	Ano artificiale no ① ② si
Gestione diabete	Solo dieta no ① ② si	Antidiabetici orali no ① ② si	Insulina no ① ② si
Alimentazione artificiale	Sondino no ① ② si	PEG no ① ② si	Parenterale totale no ① ② si
Insufficienza respiratoria	O ² intermittente no ① ② si	O ² costante no ① ② si	Ventilatore no ① ② si
Dialisi	Peritoneale no ① ② si	Extracorporea no ① ② si	

D - ALTRI PROBLEMI CLINICI

- Nessuno
- Tracheotomia
- Ozono terapia con Ozono liquido
- Ozono terapia con Ozono gassoso
- Ventilazione polmonare assistita
- Coma o stato neurovegetativo
- Radioterapia
- Chemioterapia

E - DISTURBI COGNITIVI E COMPORTAMENTALI - UMORE

- Disorientamento tempo/spazio
- Ansia
- Depressione
- Deliri (di persecuzione, gelosia, ecc.)
- Allucinazioni
- Agitazione psicomotoria diurna
- Agitazione psicomotoria notturna
- Vagabondaggio
- Insonnia
- Affaccendamento
- Aggressività – auto e/o eterodiretta
- Urla e lamentazioni ripetitive
- In cura presso servizi psichiatrici
- Tentati suicidi
- Eventuali note:
