



Fondazione Don Giovanni Ferraglio Malonno Onlus
Casa di Soggiorno per Anziani ed Inabili

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 ammess__ 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 Onlus
Casa di Soggiorno per Anziani ed Inabili

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

C H I E D E

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.

S I I M P E G N A

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 Onlus
Casa di Soggiorno per Anziani ed Inabili

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

SCHEDA SOCIALE

COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Stato civile:

☐ celibe nubile ☐ 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

- ☐ Si
- ☐ 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 ☐ Si - presenza di conviventi con dichiarazione superiore al 70%
- 3 ☐ Si - 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 | ☐ Si | ☐ No | ☐ Con aiuto/sostegno/stimolo |
| • fare acquisti | ☐ Si | ☐ No | ☐ Con aiuto di _____ |
| • preparare cibo | ☐ Si | ☐ No | ☐ Con aiuto di _____ |
| • governare la casa | ☐ Si | ☐ No | ☐ Con aiuto di _____ |
| • lavare e stirare biancheria | ☐ Si | ☐ No | ☐ Con aiuto di _____ |
| • utilizzare i mezzi di trasporto | ☐ Si | ☐ No | ☐ Con aiuto di _____ |
| • somministrarsi i medicinali | ☐ Si | ☐ No | ☐ Con aiuto di _____ |
| • maneggiare denaro | ☐ Si | ☐ 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 inidoneo ☐ 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 ESPRESSI:

PROPOSTA DI INTERVENTO:

Data _____



Fondazione Don Giovanni Ferraglio Malonno Onlus
Casa di Soggiorno per Anziani ed Inabili

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

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)



Fondazione Don Giovanni Ferraglio Malonno Onlus
Casa di Soggiorno per Anziani ed Inabili

Via G. Ferraglio, 8 - 25040 MALONNO (BS)
tel.1 0364.65290 tel.2 0364.1940944 – fax 0364/635101
Codice Fiscale: 01814460174 Partita IVA:00656570983

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

Egregio Signor / Gentile Signora,

la Fondazione Don Giovanni Ferraglio Malonno ONLUS 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 contratto di servizio e nel corso del suo svolgimento, saranno trattati nel rispetto delle seguenti informazioni.

1. Titolare del trattamento e dati di contatto

Titolare del trattamento è la Fondazione Don Giovanni Ferraglio Malonno ONLUS con sede a Malonno (BS) in Via G. Ferraglio n 8
C.F. 01814460174 P.IVA 00656570983 – telefono 0364/65290 – 0364/1940944 – fax 0364/365101
mail: amministrazione @donferraglio.it

2. Oggetto del trattamento dei dati personali

Saranno oggetto di trattamento i seguenti dati personali: nome, cognome, data e luogo di nascita, indirizzo, codice fiscale, recapito telefonico, e-mail, conto corrente bancario; numero, dati anagrafici e reddituali dei componenti il nucleo familiare, qualora sia richiesto ai fini di contatto o previsti dalla normativa vigente.

Dati sanitari necessari allo svolgimento del servizio di assistenza, tutela e alla somministrazione di terapie nonché necessari al fine di garantire la salute dell'ospite, indicati dalla normativa come dati particolari. Inoltre, potranno formare oggetto di trattamento anche dati personali appartenenti a categorie particolari, quali ad esempio quelli idonei a rivelare le convinzioni religiose (es., la richiesta di fruire di festività religiose o la fruizione del servizio di mensa differenziato).

Potranno, inoltre, formare oggetto di trattamento le informazioni raccolte impianti audiovisivi con registrazione.

3. Finalità e base giuridica del trattamento

Il Titolare svolge legittimamente l'attività per la quale è autorizzato, ovvero servizi socio sanitari assistenziale in regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare. Il trattamento dei dati è finalizzato alla assistenza sociosanitaria dell'interessato e all'assolvimento del debito informativo dovuto alla Regione Lombardia ed alla ATS competente.

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

- Provvedere all'assistenza socio-sanitaria, normata dalla Regione Lombardia, con DGR 2569/2014 in particolare ai punti 2.2.5.d Documentazione Sociosanitaria, 2.2.6 Sistema informativo e s.m.e.i. Il trattamento avviene in forma mista (cartacea e informatizzata, con prevalenza della seconda).

Il trattamento delle informazioni di cui al punto 3.3 è legittimato dalla necessità di controllo e, per i dipendenti, regolamentato da accordo sindacale (art. 4 dello Statuto dei Lavoratori).

4. 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;
- Medico competente;
- banche ed istituti di credito, per l'eventuale addebito di spettanze dovute;
- società finanziarie, in caso di finanziamenti richiesti;
- Autorità giudiziarie, nei casi previsti dalla legge;
- Agli organi di controllo (ad esempio in elenco non esaustivo: ATS e Regione Lombardia, Agenzia delle Entrate per il 730 precompilato, ISTAT in modo aggregato e anonimo).
- altri professionisti esterni, società e/o associazioni che forniscono servizi e/o consulenze, nominati Responsabili di trattamento (es. società o liberi professionisti cui è affidata la manutenzione del sistema informatico);
- società di erogazione dei servizi, nominate Responsabili di trattamento
- società di erogazione dei servizi, nominate Responsabili di trattamento, relative all'assistenza;

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

Le attività di profilazione sull'utente sono disposte dalla Regione Lombardia per inquadrare la tariffa sanitaria da riconoscere al Titolare, inquadrando gli ospiti in "Classi SOSIA" o altre classi specifiche discendenti dalla tipologia di autorizzazione e/o accreditamento della unità d'offerta. Il Titolare utilizza criteri simili per stabilire la retta di soggiorno degli ospiti. Eventuali processi decisionali informatizzati derivanti sul suo stato di salute possono essere utilizzati dal personale sanitario e possono avere incidenza sul versante economico se queste modificano la Classe/profilazione.



6. 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 l'assolvimento degli obblighi di legge e del servizio offerto specificati in questa stessa informativa. Pertanto, il mancato conferimento comporta l'impossibilità di svolgere il servizio richiesto.

7. Diritti dell'interessato

Il Regolamento (UE) 2016/679 Le riconosce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di richiedere al datore di lavoro:

- 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 (diritto all'oblio)
- 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 al datore di lavoro 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 datore di lavoro (diritto di opposizione).

Modalità di esercizio dei diritti

Per l'esercizio dei Suoi diritti, Lei potrà inviare una richiesta all'indirizzo mail del RDP se presente o del Titolare del Trattamento

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 precedente alla revoca.

7.1.1 La revoca del consenso dovrà essere comunicata in forma scritta mail del RDP se presente o 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 Reg., qualora Lei ritenga che il trattamento che La riguarda violi le disposizioni del Reg. UE.

8. Conservazione dei dati

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

- La conservazione dei dati sanitari è sottoposta alle leggi dello Stato in materia. Allo stato attuale la conservazione è illimitata.
- I dati di diversa natura, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati.

Fondazione Don Giovanni Ferraglio Malonno ONLUS

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 Fotografie che la ritraggono, destinate a esposizioni interne alla struttura e/o sul fascicolo socio sanitario per maggiore conoscibilità

2) ☐ esprimo il consenso

☐ nego il consenso

Fotografie e video che la ritraggono e che possono essere inserite nel materiale informativo della struttura (per es. Carta dei servizi, sito internet, etc.)

Firma dell'interessatoData:.....

Qualifica: amministratore di sostegno ☐ Tutore ☐ Familiare ☐ diretto interessato ☐





AMMINISTRAZIONE: amministrazione@donferraglio.it

DIRETTORE: personale@donferraglio.it

UFFICI: contabilita@donferraglio.it

INFERMERIA: sanitario@donferraglio.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 in grado, senza correre pericoli, di accostare il letto manovrando una carrozzina, bloccare i freni, sollevarne le pedane poggiate, salire sul letto, coricarvisi, passare alla posizione seduta al bordo del letto, spostare la sedia a rotelle, risederci sopra. Si richiede l'autonomia in tutte le fasi del trasferimento.

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	⑨ 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:

F - ALIMENTAZIONE

- ☐ Disfagia
- ☐ Malnutrizione
- ☐ Obesità
- ☐ Abbisogna di cibi frullati e/o omogeneizzati

G - TERAPIA RIABILITATIVA IN CORSO

1 - NO ☐

2 - Sì ☐

H - VALUTAZIONE DELLA STABILITÀ CLINICA DEL PAZIENTE

- ☐ **STABILE** : con monitoraggio medico-infermieristico programmabile di routine mensilmente o più.
- ☐ **Moderatamente STABILE**: con monitoraggio medico-infermieristico e strumentale programmabile più volte al mese, meno di una volta la settimana.
- ☐ **MODERATAMENTE INSTABILE**: con monitoraggio medico-infermieristico e strumentale programmabile da una a più volte la settimana.
- ☐ **INSTABILE**: con monitoraggio medico-infermieristico e strumentale da quotidiano a pluriquotidiano.

I - TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO

Allergia a farmaci

1 – NO ☐

2 - Sì ☐

Se si quali _____

Data_____

Timbro e firma del Medico
