

R.S.A. sen. Carlo Perini

Domanda d'ingresso in RSA

INDICE:

1. DATI DEL RICHIEDENTE E DELL'OSPITE
2. DATI COOBBLIGATI
3. RETTE APPLICATE
4. ELENCO DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA
5. QUESTIONARIO SANITARIO PER IL MEDICO CURANTE
6. CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI (LEGGE SULLA PRIVACY)

1. DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____ nome _____
residente a _____ prov. _____ via _____
codice fiscale _____ recapiti telefonici _____
nella sua qualità di _____ del sig/ra _____

DATI DELL'OSPITE

Cognome _____ nome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____ via _____
stato civile _____ codice fiscale _____
cittadinanza _____ numero figli: maschi n. _____ femmine n. _____
titolo di studio _____ professione pre pensionamento _____
provenienza ospite _____
titolare di pensione: SI NO categoria _____ esenzione ticket: SI NO
invalidita' civile SI NO percentuale _____
indennita' di accompagnamento: SI NO (allegare verbale visita medica)
n° tessera sanitaria A.S.L. _____ Medico curante: _____
ambulatorio in via/viale/piazza _____ città _____ tel. _____
Data di compilazione: _____ Firma del richiedente _____
Firma dell'ospite _____

R.S.A. sen. Carlo Perini

2. DATI SOGGETTI CHE SOTTOSCRIVERANNO IL CONTRATTO

1) Cognome _____ nome _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____ via _____

codice fiscale _____ carta d'identità _____

recapiti telefonici _____

e-mail _____

Parente (grado) _____ Amministratore di sostegno Tutore

Comune _____ Altro _____

Data e firma _____

2) Cognome _____ nome _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____ via _____

codice fiscale _____ carta d'identità _____

recapiti telefonici _____

e-mail _____

Parente (grado) _____ Amministratore di sostegno Tutore

Comune _____ Altro _____

Data e firma _____

3) Cognome _____ nome _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____ via _____

codice fiscale _____ carta d'identità _____

recapiti telefonici _____

e-mail _____

Parente (grado) _____ Amministratore di sostegno Tutore

Comune _____ Altro _____

Data e firma _____

R.S.A. sen. Carlo Perini

3. RETTE MENSILI per gli OSPITI della RSA in vigore dall'1.1.2015

REPARTO PSICOGERIATRICO

€ 1.065,00 (€ 35,00 giornaliera)

DEPOSITO CAUZIONALE FRUTTIFERO

E' richiesta una cauzione pari a € 1.600,00

MAGGIORAZIONE O RIDUZIONE RETTA

Per assenze superiori a 15 giorni continuativi verrà operata una riduzione sulla retta nella misura di € 7,00 giornaliera.

Per coloro che richiedono il servizio in camera per il pranzo o per la cena verrà applicato un contributo giornaliero di € 3,00.

Per coloro che desiderano l'installazione di un apparecchio telefonico in camera verrà richiesto un contributo di € 5,00 mensili (oltre a eventuali addebiti per telefonate in uscita).

Firma per accettazione

Firma dell'ospite _____

Firma dei soggetti coobbligati 1) _____ 2) _____ 3) _____

Data _____

R.S.A. sen. Carlo Perini

4. DOCUMENTAZIONE da ALLEGARE alla DOMANDA:

- Certificazione medica;
- Autocertificazione di residenza;
- Compilazione modulistica dati sensibili (allegati);

Fotocopie:

- tessera sanitaria e tesserino esenzione ticket;
- modello CUD;
- verbale invalidità e/o accompagnamento;
- carta d'identità (non scaduta);

DATI SANITARI da ALLEGARE alla DOMANDA (in fotocopia):

a titolo esemplificativo

- principali esami ematochimici e referti diagnostici;
- lettere dimissioni di ricoveri precedenti.

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

**L'Ente non trattiene documentazione sanitaria personale dell'ospite in originale.
Si prega di consegnare in fotocopia i documenti sanitari richiesti.**

R.S.A. sen. Carlo Perini

PER IL MEDICO CURANTE

Egregio Collega,

La preghiamo Voler cortesemente compilare il questionario allegato.

Le notizie vengono richieste a puro titolo informativo per meglio inquadrare le esigenze del paziente e per razionalizzarne maggiormente la destinazione nell'Istituto stesso.

Con molti ringraziamenti, cordiali saluti.

IL RESPONSABILE SANITARIO

dr.ssa Milena Bianchi

.....

5. QUESTIONARIO SANITARIO

(da compilare in ogni parte e da allegare alla domanda di accoglimento)

Cognome e nome: _____ età: _____

Anamnesi Patologica (con particolare riguardo a precedenti ricoveri in Ospedale Psichiatrico)

RELAZIONE ASSISTENZIALE

TRATTAMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza ausilio meccanico.
- Collabora ma necessita della collaborazione di una persona.
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento.
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia.
- E' indipendente.

R.S.A. sen. Carlo Perini

DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione.
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione.
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili.
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto.
- Autonomo nella deambulazione.

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione.
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano.
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi.
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso; è in grado di percorrere almeno 50 metri.

IGIENE PERSONALE

- Incapace di attendere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti.
- Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale.
- Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale.
- E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza.
- Totale indipendenza.

ALIMENTAZIONE

- Deve essere imboccato.
- Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.
- Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni, ecc; la presenza di un'altra persona non è indispensabile.
- Totale indipendenza nel mangiare.

R.S.A. sen. Carlo Perini

CONFUSIONE

- E' completamente confuso.
- E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe.
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo.
- E' in grado di pensare chiaramente.

IRRITABILITA'

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità.
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo.

IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo per brevi periodi.
- Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione.
- Mostra ogni tanto segni di irrequietezza.
- Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

RELAZIONE SANITARIA

LEGENDA:
A: assente; **L:** lieve; **M:** moderata; **G:** grave; **MG:** molto grave.

AREA	GRAVITA'				
------	----------	--	--	--	--

(barrare la casella che interessa)

PATOLOGIE CARDIACHE	A	L	M	G	MG
---------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi: _____

IPERTENSIONE (si valuta la severità)	A	L	M	G	MG
--------------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi: _____

R.S.A. sen. Carlo Perini

AREA	GRAVITA'
-------------	-----------------

APPARATO VASCOLARE	A L M G MG
--------------------	--------------------

Diagnosi: _____

APPARATO RESPIRATORIO	A L M G MG
-----------------------	--------------------

Diagnosi: _____

OCCHI/ORL	A L M G MG
-----------	--------------------

Diagnosi: _____

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE	A L M G MG
------------------------------	--------------------

Diagnosi: _____

APPARATO DIGERENTE INFERIORE	A L M G MG
------------------------------	--------------------

Diagnosi: _____

FEGATO	A L M G MG
--------	--------------------

Diagnosi: _____

RENE	A L M G MG
------	--------------------

Diagnosi: _____

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE	A L M G MG
---	--------------------

Diagnosi: _____

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE	A L M G MG
-------------------------------------	--------------------

Diagnosi: _____

R.S.A. sen. Carlo Perini

AREA	GRAVITA'
-------------	-----------------

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)	A L M G MG
--	--------------------

Diagnosi: _____

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO	A L M G MG
--	--------------------

Diagnosi: _____

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE	A L M G MG
---------------------------------	--------------------

Diagnosi: _____

ALTRI PROBLEMI CLINICI

LESIONI DA DECUBITO dal II stadio NPUAP in poi	NO	SI	Sede _____ Stadio _____
GESTIONE INCONTINENZA	NO	SI	<input type="checkbox"/> Presidi assorbenti: <input type="checkbox"/> Ano artificiale: <input type="checkbox"/> Catetere urinario permanente <input type="checkbox"/> Catetere esterno
CADUTE negli ultimi 3 mesi senza conseguenze	NO	SI	Numero cadute _____
CONTENZIONE FISICA PERMANENTE	NO	SI	escluse spondine
AUSILI PER MOVIMENTO	NO	SI	<input type="checkbox"/> Bastone e/o deambulatore <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Arto artificiale
GESTIONE DIABETE	NO	SI	<input type="checkbox"/> solo dieta <input type="checkbox"/> antidiabetici <input type="checkbox"/> insulina

R.S.A. sen. Carlo Perini

ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE	NO	SI	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Parenterale totale
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	NO	SI	<input type="checkbox"/> O ₂ terapia: <input type="checkbox"/> Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia_____
DIALISI	NO	SI	<input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale: <input type="checkbox"/> Dialisi extracorporea: <input type="checkbox"/> Frequenza settimanale dialisi_____
PROTESI	NO	SI	<input type="checkbox"/> Dentale <input type="checkbox"/> Acustica <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Altro_____
STATO NUTRIZIONALE	NO	SI	Obesità_____ Sottopeso_____
ALLERGIE a FARMACI	NO	SI	Note_____ _____
ALLERGIE ad ALIMENTI	NO	SI	Note:_____ _____

Terapia in atto: _____

data: _____

MEDICO CURANTE

(Firma e timbro leggibile)

R.S.A. sen. Carlo Perini

6. Informativa all'ospite per il trattamento di dati sensibili (Dlgs 196/03)

Gentile Signore/a,

desideriamo informarLa che il testo unico introdotto dal D.lgs 196/03 garantisce la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

In particolare, i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato, e previa autorizzazione del Garante qualora prevista.

Le forniamo quindi le seguenti informazioni:

1. il trattamento che intendiamo effettuare :

- a) riguarda la categoria di dati "sensibili";
- b) ha le seguenti finalità: adempimento obblighi derivanti da leggi o regolamenti in materia di assistenza, igiene, sicurezza, tutela della salute e dell'ordine pubblico;
- c) sarà effettuato da soggetti incaricati, con misure atte a garantire la riservatezza e la sicurezza di custodia dei dati;
- d) i dati saranno comunicati solo nell'ambito di quanto sopra specificato;

2. Il conferimento dei dati è facoltativo e il non conferimento comporta la mancata prosecuzione del rapporto.

3. Titolare del trattamento è la Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS ed è stato nominato il Responsabile.

4. I diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/03 sono esercitati con richiesta senza formalità al Responsabile del trattamento anche per il tramite di un incaricato, alla quale è fornito idoneo riscontro senza ritardo.

art. 7 – Diritti dell'interessato

DIRITTI DELL'INTERESSATO

Art. 7

(Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

R.S.A. sen. Carlo Perini

TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI

Espressione del consenso da parte dell'ospite ai sensi della D.lgs 196/03

Mod A - (compilazione da parte dell'Ospite)

Il sottoscritto ospite della Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS

DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa scritta relativa all'art. 13 del D.lgs 196/03 - Diritti dell'interessato - ai sensi dell'art. 7 del decreto medesimo;

AUTORIZZA

la Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS, titolare del trattamento, a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali per fini amministrativi connessi all'esercizio delle attività socio-assistenziali della Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS;

AUTORIZZA

il personale medico della Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini di diagnosi e cura ;

inoltre

autorizza - non autorizza

la utilizzazione degli stessi dati a scopo di ricerca scientifica, purchè ne sia assicurata la riservatezza dell'uso;

CONSENTE

che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute e alle informazioni che lo riguardano alle sottoindicate persone (*);

firma

(*) Persone che potranno ricevere comunicazioni:

Cognome	Cognome
Nome	Nome
Indirizzo	Indirizzo
Recapito	Recapito
Telefono	Telefono

R.S.A. sen. Carlo Perini

TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI

Espressione del consenso da parte dell'ospite ai sensi del Dlgs 196/03

Mod B - (compilazione da parte del Medico e della Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS)

Il sottoscritto dr.

DICHIARA

1. che all'atto del ricovero presso le strutture della Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS,

il/la Sig./ra non è nelle condizioni psicofisiche di poter sottoscrivere quanto segue, e il trattamento dei dati che lo/la riguardano si rende necessario ai fini di diagnosi e cura, per quanto previsto dall'art. 24, lettera e) Dlgs 196/03

2. che l'eventuale utilizzazione dei dati suddetti a scopo di ricerca scientifica, presso la Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS, avverrà assicurandone la riservatezza;

firma

La Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS, titolare del trattamento dei dati, in riferimento all'ospite sopracitato ed esclusivamente per le attività socio-assistenziali

DICHIARA

1. che il trattamento dei dati personali avverrà ai sensi del Dlgs 196/03, secondo principi di liceità e correttezza ed in modo da tutelarne la riservatezza;

2. che sarà data comunicazione in ordine allo stato di salute e alle informazioni che lo riguardano alle sottoindicate persone (*), che sottoscrivono la presente dichiarazione per conoscenza.

FONDAZIONE GIUSEPPE RESTELLI ONLUS

Rho,/...../.....

(*) Persone che potranno ricevere comunicazioni:

Cognome _____ Cognome _____

Nome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Indirizzo _____

Recapito _____ Recapito _____

Telefono _____ Telefono _____

firma p.c. firma p.c.....