

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano.

L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

### GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

in qualità di  AdS  Tutore  Altro, specificare \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico
1)		
2)		

### PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_ Genere:  M  F

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Assistito \_\_\_\_\_ Codice Esenzione \_\_\_\_\_

Medico curante (Nome e recapito telefonico) \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Domicilio se diverso dalla residenza: \_\_\_\_\_

ATS di appartenenza \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno  sì  no Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA

*Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)*

Firma della persona o del richiedente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

<p><b>MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Condizioni abitative non idonee</li> <li><input type="checkbox"/> Vive solo/sola</li> <li><input type="checkbox"/> Perdita autonomia</li> <li><input type="checkbox"/> Quadro clinico compromesso</li> <li><input type="checkbox"/> Mantenimento/miglioramento capacità residue</li> <li><input type="checkbox"/> Rischio permanenza al domicilio</li> <li><input type="checkbox"/> Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)</li> </ul> <p>_____</p>	<p><b>PROVENIENZA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Domicilio</li> <li><input type="checkbox"/> Istituto di ricovero per acuti (ospedale)</li> <li><input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica</li> <li><input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione</li> <li><input type="checkbox"/> Altra RSA</li> <li><input type="checkbox"/> Altro: _____</li> </ul> <p>_____</p>
<p><b>TIPOLOGIA DI RICOVERO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tempo determinato</li> <li><input type="checkbox"/> Lungodegenza</li> </ul> <p>Nucleo Alzheimer    <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>CONVENZIONE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NO</li> <li><input type="checkbox"/> si, con il seguente ente: _____</li> </ul> <p>_____</p>
<p><b>CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO, motivazione: _____</p> <p>note: _____</p>	
<p><b>SITUAZIONE ABITATIVA</b></p> <p>Con chi vive:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Solo</li> <li><input type="checkbox"/> Coniuge</li> <li><input type="checkbox"/> Figli</li> <li><input type="checkbox"/> Altri parenti: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Assistente familiare (ore/die)</li> </ul> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>Dove vive:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Abitazione adeguata</li> <li><input type="checkbox"/> Abitazione parzialmente adeguata</li> <li><input type="checkbox"/> Abitazione totalmente inadeguata</li> </ul> <p>Perché _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Casa di proprietà</li> <li><input type="checkbox"/> Affitto</li> <li><input type="checkbox"/> Casa ALER</li> <li><input type="checkbox"/> Usufrutto</li> <li><input type="checkbox"/> Altro: _____</li> </ul>	<p><b>TUTELA</b></p> <p><input type="checkbox"/> NO    <input type="checkbox"/> SI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno / Tutela</li> <li><input type="checkbox"/> In corso</li> <li><input type="checkbox"/> Numero decreto: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Altro: _____</li> </ul> <p>Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...): _____</p> <p>_____</p> <p>Qualifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Familiare: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.)</li> </ul> <p>_____</p> <p>Recapiti:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

 SI

 NO

### SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a  
 Divorziato/a  
 Celibe/nubile  
 Separato/a  
 Vedovo/a  
 Altro: \_\_\_\_\_

- Fratelli (N:     )  
 Sorelle (N:     )

- Figli (N:     )  
 Figlie (N:     )

### SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione  
 Anzianità/vecchiaia  
 Minima/sociale  
 Guerra/infortunio sul lavoro, etc  
 Reversibilità

- In attesa di invalidità civile

- Invalidità

↳ Codice: \_\_\_\_\_

↳ Percentuale: \_\_\_\_\_ %

↳ Indennità accompagnamento

sì  no  In attesa

### LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- Nessuna scolarità  
 Licenza elementare  
 Diploma medie inferiori  
 Diploma medie superiore in \_\_\_\_\_  
 Laurea in \_\_\_\_\_  
 Altro: \_\_\_\_\_  
 Professione pre pensionamento \_\_\_\_\_  
 Interessi / hobby \_\_\_\_\_

### RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi:  NO  SI (specificare):

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) \_\_\_\_\_  
 CDI (Centro Diurno Integrato) \_\_\_\_\_  
 Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...): \_\_\_\_\_

Servizi / interventi Sociali attivi:  NO  SI (specificare):

- SAD Comunale  
 Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto \_\_\_\_\_  
 Associazioni di volontariato \_\_\_\_\_  
 Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc) \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- Direttamente
- Servizio Sociale di:  Centri Sociali Territoriali  Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ⌘ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ⌘ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ⌘ TESSERA SANITARIA
- ⌘ EVENTUALI ESENZIONI
- ⌘ VERBALE INVALIDITÀ
- ⌘ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ⌘ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

.....

.....

.....

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, ai sensi del decreto legislativo 196/2003 e del GDPR 679/2016, acconsente al trattamento dei dati della presente domanda per l'inserimento della stessa in Lista d'attesa della R.S.A. e per gli adempimenti esclusivamente finalizzati al ricovero.

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

.....

NOTE:

.....

.....

.....

.....

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

Cognome e Nome .....

Data di nascita ...../...../..... luogo di nascita .....

**QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI**

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
<b>Patologie Cardiache (solo cuore)</b> Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Iperensione</b> (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato vascolare</b> (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato respiratorio</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Occhi / O.R.L.</b> (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato digerente tratto superiore</b> (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato digerente tratto inferiore</b> (intestino, ernie)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Fegato</b> (solo fegato)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Rene</b> (solo rene)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie</b> (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato Muscolo-Scheletro e Cute</b> (muscoli, scheletro, tegumenti)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Patologie sistema nervoso</b> (sistema nervoso centrale e periferico; <i>non include la demenza</i> )	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Patologie sistema Endocrino-Metabolico</b> (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Stato mentale e comportamentale</b> ( <i>include demenza</i> , depressione, ansia, agitazione, psicosi)	..... .....	<input type="checkbox"/>				

## SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO

ALLERGIE NON NOTE NO SI, DI CHE TIPO: .....

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

**ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI**

Autonomia nel movimento (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro.....
Autonomia igiene e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Autonomia nell'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Data ultimo posizionamento: ...../...../20.....
Presidi assorbenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Nefro /urostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:.....
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula)
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....
Cadute ricorrenti (anche senza conseguenze traumatiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Numero cadute nell'anno: .....

## SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

### DEFICIT SENSORIALI

Ipoovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cecità assoluta	<input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Corretta con protesi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Sordità assoluta	<input type="checkbox"/> SI

### DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)	
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	di che tipo: .....	
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale	
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia	
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	di che tipo: .....	
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso	
		Di che tipo: .....	
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	di che tipo: .....	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	indicare la data: ..... / ..... / .....	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	.....	
Eventuali note e osservazioni: .....			

### PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza		
	<input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.)		
	<input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento		
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	Protesi:	<input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
		Scheletrato:	<input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Addensanti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

Dieta specifica <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....	
Alimentazione enterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG	Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale
Peso corporeo: ..... kg	Altezza: ..... cm

Intolleranze <input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....
--

**TERAPIA**

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

**ALTRI TRATTAMENTI:**

Emotrasfusione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tipo_____
Dialisi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) .....

**EVENTUALE APPROFONDIMENTO:**

.....  
.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): ..... / ..... / 20.....

Nome e Cognome medico curante: ..... Recapito ..... ..... tel.diretto ..... fax ..... e-mail diretta: .....@.....	Timbro e firma del medico curante
---	-----------------------------------

Data di compilazione: ..... / ..... / 20.....