

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO PRESSO LA R.S.A. "BEATA PAOLA"

P.zza Cantarana, n° 18 46049 Volta Mantovana (Mn)

Tel. 0376/816001---Fax 0376/816002

Il/la sottoscritto/a: _____	
Nato/a a: _____	il: _____
Residente a: _____	
Codice fiscale: _____	n° telefono: _____
CHIEDE	
Di essere accolto in questa R.S.A. e dichiara di conoscere ed accettare le condizioni relative al ricovero presso la residenza, così come indicate nella carta dei servizi.	
INOLTRE	
esprimo il consenso al trattamento, all'archiviazione e alla raccolta dei miei dati qualificati come personali, con particolare riguardo a quelli c.d. "sensibili", al fine di permettere la valutazione da parte del medico e l'inserimento in lista d'attesa (AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI - D.Lgs. 196/2003)	
Questa domanda è presentata da: _____	
In qualità di: _____	n° telefono: _____
Data: _____	Firma: _____

Valutata in data : _____
Esito : _____ Timbro e firma : _____

SITUAZIONE AMBIENTALE

Abitazione	Idonea (0)	Presenza di barriere architettoniche (1)
Vive solo	Si (10)	No (0)
Supporto familiare/caregiver	Presente (0)	Parziale (2) Assente (4)

SCHEDA SOCIALE

Storia familiare (assenza dei figli, stato di solitudine, ecc...)
.....
.....
.....

Scolarità

Attività lavorativa (quale/i, per quanto tempo ,soddisfazione ,ecc)

Amicizie/Relazioni presenti (rapporti con i parenti, amici, vicini, si isola, ecc...)

.....
.....

Hobby

.....

Firma del compilatore.....

PROFILI DI GRAVITA'

Afasia/Disartria:	No (0)	Si (1)
Disfagia:	No (0)	Si (1)
Lesioni da decubito	<input type="checkbox"/> No (0)	<input type="checkbox"/> Si (2)
Contenzione fisica permanente	<input type="checkbox"/> No (0)	<input type="checkbox"/> Si (2)

FUNZIONI SENSORIALI

Vista:	Normale (0)	Ipovisus (1)	Cecità (2)
Udito:	Normale (0)	Ipoacusia (1)	Sordità (2)

COMPORTEMENTO

Deterioramento cognitivo:	No (0)	Lieve(1)	Medio(2)	Grave (3)
Depressione:	No (0)			Si (1)
Ansia/Agitazione psicomotoria:	No (0)			Si (1)
Tentativi di suicidio:	No (0)			Si (1)
Etilismo:	No (0)			Si (1)
Tabagismo:	No (0)			Si (1)
Orientamento spazio/temporale:		Completo (0)		
		Orientato in ambienti limitati (1)		
		Completamente disorientato (2)		

COGNITIVITA'

CONFUSIONE

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

IRRITABILITA'

- (4) Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- (2) Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità
- (1) Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- (0) Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

IRREQUIETEZZA

- (4) 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, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano.
- (1) Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere ferme mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
- (0) Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria

AUSILI PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI

Ausili per movimento	No (0)	Bastone/deambulatore (1)	Arto artificiale (2)	Carrozzina (3)
Gestione Incontinenza	No (0)	Presidi assorbenti (2)	Catetere (3)	Ano artificiale (3)
Gestione diabete	No (0)	Solo dieta (0)	Antidiabetici (1)	Insulina (2)
Alimentazione artificiale	No (0)	Sondino (3)	PEG (3)	Parent. Totale (3)
Insufficienza respiratoria	No (0)	02 x 6 ore (2)	02 costante (3)	Ventilatore (3)
Dialisi	No (0)	Dialisi peritoneale (2)	Dialisi extracorp (2)	

PUNTEGGIO TOTALE : _____ / 100

IL PAZIENTE E' ESENTE DA MALATTIE CONTAGIOSE E/O MENTALI TALI DA CONTROINDICARE LA VITA IN COMUNITA'

Data:

Timbro e firma del Medico