

POSTI PRIVATI

presso la R.S.A.

**CASA SAN BENIGNO
di BERBENNO VALT.NA**

DOMANDA DI AMMISSIONE

Sig./Sig.ra _____

Compilare questa sezione se la domanda è sottoscritta dall'interessato/a all'ammissione.

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ in via _____ n° _____
eventuale domicilio (se diverso dalla residenza): Comune _____
via _____ n° _____ telefono n° _____

Compilare questa sezione se la domanda è sottoscritta da persona diversa dall'interessato/a all'ammissione.

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ in via _____ n° _____
n° telefono _____ in qualità di _____

in nome e per conto del/la

Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ in via _____ n° _____
eventuale domicilio (se diverso dalla residenza): Comune _____
via _____ n° _____ telefono n° _____

CHIEDE

l'ammissione nei Posti Privati presso la R.S.A. Casa "San Benigno" di Berbenno Valt.na, ed allega a tal fine scheda informativa sulle condizioni sanitarie redatta dal proprio medico curante e (se in possesso) della eventuale valutazione multidimensionale del medico geriatra del Servizio fragilità dell'A.S.L.

CHIEDE

che la proposta di ammissione venga comunicata al seguente numero telefonico (indicare numeri che consentano la pronta reperibilità):

Tel.n° _____ del Sig./ra _____

INDIRIZZO MAIL _____

DICHIARA

- di avere preso conoscenza delle procedure di ammissione previste dal "Protocollo operativo per la gestione dei Posti privati della R.S.A. Casa San Benigno approvato dalla Direzione e di accettare le norme in esso contenute;
- di accettare espressamente i criteri di valutazione della domanda, i termini di accettazione della proposta di ingresso, nonché di cancellazione della domanda dalla lista per rinuncia tacita o espressa all'ingresso.
- altre domande di ammissione presentate: assenza di domanda in R.S.A.
 presenza di domanda in R.S.A. (allegare copia)

PRENDE ATTO

- di non aver diritto all'assistenza medico-generica (che rimane a carico del proprio Medico di Base), all'assistenza farmaceutica (che rimane in carico del Servizio Sanitario Regionale), alle forniture degli ausili per l'incontinenza necessari all'ospite (eventualmente a carico del Servizio Sanitario Regionale se concesso), alle forniture degli ausili di deambulazione e carrozzine personali (eventualmente a carico del Servizio Sanitario Regionale se concesso);

SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente le eventuali modifiche della situazione socio-sanitaria o dei dati indicati nella domanda, nonché l'eventuale ritiro della domanda stessa;
- ad assumere l'impegno al pagamento della retta in via anticipata, decorrente dalla data di accettazione al Posto privato, secondo le modalità stabilite dal Regolamento;
- a provvedere personalmente o tramite i propri familiari o referenti alla ricettazione medica dei farmaci, degli accertamenti clinici, delle visite specialistiche, che si rendessero necessarie durante la permanenza nella Casa San Benigno.

Data

Firma

Valutazione dell'ammissione da parte dell'Equipe socio-sanitaria:
(firma) _____

Sig/ra _____ nata il ____/____/____

VALUTAZIONE MEDICA scala 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 oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
3. **MODERATO** : la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività. Il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. colelitiasi, 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).

1	Patologie cardiache - solo cuore Diagnosi _____	1	2	3	4	5
2	Iipertensione - si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente Diagnosi _____	1	2	3	4	5
3	Patologie vascolari - sangue, vasi, midollo, sistema linfatico Diagnosi _____	1	2	3	4	5
4	Patologie respiratorie - polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe Diagnosi _____	1	2	3	4	5
5	O.O.N.G.L. - occhio, orecchio, naso, gola, laringe Diagnosi _____	1	2	3	4	5
6	Apparato G.I. superiore - esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas Diagnosi _____	1	2	3	4	5
7	Apparato G.I. inferiore - intestino, ernie Diagnosi _____	1	2	3	4	5
8	Patologie epatiche - solo fegato Diagnosi _____	1	2	3	4	5
9	Patologie renali - solo rene Diagnosi _____	1	2	3	4	5
10	Altre patologie genito-urinarie - ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali Diagnosi _____	1	2	3	4	5
11	Sistema muscolo scheletrico – cute - muscoli, scheletro, tegumenti Diagnosi _____	1	2	3	4	5
12	Patologie sistema nervoso centrale e periferico - non include la demenza Diagnosi _____	1	2	3	4	5
13	Patologie endocrine – metaboliche - include diabete, infezioni, stati tossici Diagnosi _____	1	2	3	4	5
14	Patologie psichiatriche – comportamentali - demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi Diagnosi _____	1	2	3	4	5

DIAGNOSI e BREVE VALUTAZIONE SANITARIA:

.....

.....

.....

.....

TERAPIE IN ATTO :

.....

.....

.....

VALUTAZIONE NECESSITA' ASSISTENZIALI (scala di Barthel)

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

1. Incapace di collaborare al trasferimento. Sono necessari due assistenti per trasferire il paziente con o senza l'uso del sollevatore
2. In grado di collaborare ma è richiesta un notevole grado di assistenza da parte di un operatore in tutte le fasi del trasferimento
3. Il trasferimento richiede assistenza da parte di un operatore. L'assistenza può essere richiesta per alcuni aspetti del trasferimento
4. E' richiesta la presenza di un'altra persona sia per infondere fiducia che per assicurare supervisione e sicurezza
5. Il paziente è in grado, senza correre pericoli, di accostare il letto manovrando una carrozzina, bloccare i freni, sollevare le pedane poggiatesta, salire sul letto, coricarsi, passare alla posizione seduta sul bordo del letto, spostare la sedia a rotelle, risedersi sopra. Si richiede autonomia in tutte le fasi del trasferimento.

DEAMBULAZIONE

1. Dipendente rispetto alla deambulazione
2. Durante la deambulazione è indispensabile la presenza costante di una o più persone
3. E' necessario aiuto per raggiungere e/o manovrare gli 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 garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
5. Qualora necessario il paziente deve essere in grado di indossare dei corsetti, allacciarli e slacciarli, assumere la posizione eretta, sedersi e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve essere in grado di adoperare stampelle, bastone o un deambulatore, e percorrere 50 m. senza aiuto o supervisione

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE *(solo se incapace di camminare)*

1. Dipendente per la locomozione in carrozzina
2. Il paziente può avanzare per proprio conto per brevi tratti, su superficie piana; riguardo tutti gli altri aspetti della locomozione in carrozzina necessita di aiuto e assistenza
3. E' 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 su 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, di accostarla al tavolo, al letto, al wc ecc. Il paziente deve riuscire a percorrere almeno 50 m.

IGIENE PERSONALE

1. Il paziente non può provvedere all'igiene personale ed è dipendente in tutte le funzioni
2. L'assistenza è richiesta per tutti i punti dell'igiene personale
3. Una certa assistenza è richiesta per uno o più punti dell'igiene personale
4. Il paziente può provvedere alla sua igiene personale, ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo le operazioni.
5. Il paziente può lavarsi le mani e la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un paziente maschio può usare qualsiasi genere di rasoio, inserire la lametta, o la spina del rasoio elettrico senza aiuto, così come prenderlo dal cassetto o dall'armadio. Una paziente femmina deve essere in grado di truccarsi (se si trucca abitualmente); non è richiesto che sappia fare la treccia o acconciarsi i capelli

PER EVENTUALE INSERIMENTO IN NUCLEO ALZHEIMER

Presenza di : deliri/allucinazioni

agitazione/ aggressività

wandering/affaccendamento

disinibizione/esaltazione/euforia

ULTERIORI ELEMENTI DI INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO:

Neoplasia maligna	SI	NO	
Malattie infettive	SI	NO	
Malattia progressiva S.N.C.	SI	NO	
Accidenti cerebrali	NO	recenti	pregressi
Esiti :	afasia	paraparesi	disfasia
	emiparesi		tetraparesi
	altro		
Trauma/intervento chirurgico:	SI	NO	
Se si	frattura femore	altre fratture	
	protesi anca	altri interventi chirurgici :	
		
Lesioni da decubito	SI	NO	

AUSILI PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI

Ossigeno	6 ore/die	continuato
Ventilatore	NO	SI
Stomia	NO	SI (specificare)
PEG/SNC	NO	SI
Catetere vescicale	NO	SI
Usa ausili o presidi a domicilio :	Pannolone	Bastone/Deambulatore
	Carrozzina	Materasso antidecubito
	Sollevatore	
	Altro :	

data _____

timbro e firma del medico _____

