

Domanda di ingresso a Villa Sorriso

Reg. 8

Edizione n°08 del 01/03/2022

Pagina 1 di 14

Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'ingresso in Casa Residenza (CRA), Casa di Riposo e Comunità alloggio per la Salute Mentale (CASM).

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 struttura, al fine di valutarne l'idoneità all'ingresso.

Tutta la modulistica dev'essere compilata in maniera completa e leggibile.

GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INGRESSO PRESSO LA STRUTTURA)

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) | | |
| 3) | | |
| 4) | | |

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 __ / __ / ____

Numero tessera sanitaria _____ Codice Esenzione _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno si no Scadenza __ / __ / ____

| REDAZIONE | APPROVAZIONE |
|--------------------------|------------------------------|
| RQ Luca Secchi | LR Luisa Cavalieri |

Domanda di ingresso a Villa Sorriso

Reg. 8

Edizione n°08 del 01/03/2022

Pagina 2 di 14

Medico curante:

Nome e Cognome _____ recapito telefonico _____

Residente in _____ CAP _____

RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO: CRA

CASM

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 struttura 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 ingresso a Villa Sorriso

Reg. 8

Edizione n°08 del 01/03/2022

Pagina 3 di 14

MOTIVAZIONE DOMANDA DI INGRESSO

- Condizioni abitative non idonee
 - Vive solo/sola
 - Perdita autonomia
 - Quadro clinico compromesso
 - Mantenimento / miglioramento capacità residue
 - Rischio permanenza al domicilio
 - Altro (ad es: problematiche socio familiari)
-

PROVENIENZA

- Domicilio
 - Istituto di ricovero per acuti (ospedale)
 - Struttura psichiatrica
 - Istituto di riabilitazione
 - Altra RSA
 - Altro:
-

TIPOLOGIA DI RICOVERO

- Tempo Determinato Durata (mesi) n. _____
- Lungodegenza

ACCREDITAMENTO

- NO
 - SI, con il seguente ente:
-

SITUAZIONE ABITATIVA

- Con chi vive:
- Solo
 - Coniuge
 - Figli
 - Altri parenti:
 - Assistente familiare (ore/die)

TUTORE/AMMIN.DI SOSTEGNO

- NO SI:
 - Amministrazione di sostegno / Tutela
 - In corso
 - Numero decreto:
 - Altro:
- Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...):
- Qualifica:
- Familiare:
 - Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.) _____
-
-
-

Recapiti: _____

Domanda di ingresso a Villa Sorriso

Reg. 8

Edizione n°08 del 01/03/2022

Pagina 4 di 14

DISPOSIZIONE FINE VITA

(Legge 219/2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”)

SI (si rimanda ad approfondimento con Medico di Struttura) NO

Note del Medico Curante.....
.....
.....

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
 - si 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 _____

Domanda di ingresso a Villa Sorriso

Reg. 8

Edizione n°08 del 01/03/2022

Pagina 5 di 14

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA STRUTTURA

- 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 DOMANDA DI INGRESSO (per inserimento in lista d'attesa):

- CERTIFICATO VACCINALE DEL NUOVO RESIDENTE
- CONSENSO ALLA VACCINAZIONE IN CASO DI CICLO VACCINALE NON COMPLETO (Modulo 4 e 5)
- REFERTO ULTIMO TAMPONE POSITIVO
- REFERTO ULTIMO TAMPONE NEGATIVO E CERTIFICATO DI FINE ISOLAMENTO (SE PREVISTO)
- COPIA DELLA PRESENTE DOMANDA DI INGRESSO:
 - COMPILATA E FIRMATA DA PAG 1 A PAG 6 DAL GARANTE RICHIEDENTE;
 - COMPILATA E FIRMATA DA PAG 7 A PAG 14 DAL MEDICO CURANTE.

Domanda di ingresso a Villa Sorriso

Reg. 8

Edizione n°08 del 01/03/2022

Pagina 6 di 14

DOCUMENTI DA PRESENTARE IL GIORNO DELL'INGRESSO:

Documenti Sanitari

- COPIA DELLA TESSERA SANITARIA DELL'OSPITE E DEL GARANTE;
- EVENTUALI ESENZIONI
- COPIA DEL VERBALE DI INVALIDITA' (SE PRESENTE)
- CONSENSO AL PRELIEVO EMATICO
- REG. 02 "PRESA IN CARICO CAPI DI ABBIGLIAMENTO"
- ORARIO MEDICO CONTROFIRMATO PER ACCETTAZIONE
- SCHEDE COLLOQUIO STORIA DI VITA
- COPIA DEGLI ACCERTAMENTI CLINICI E DIAGNOSTICI RECENTI (ENTRO 6 MESI) O SIGNIFICATIVI RISPETTO ALLA CONDIZIONE SOCIO SANITARIA

Documenti Amministrativi

- CONVENZIONE DI SOGGIORNO FIRMATO DAL GARANTE
- ALLEGATO "PARTE ECONOMICA" FIRMATO DAL GARANTE
- CARTA DEI SERVIZI FIRMATA DAL GARANTE
- REGOLAMENTO DI GESTIONE FIRMATO DAL GARANTE
- MODULO RID ADEGUATAMENTE COMPILATO
- INFORMATIVA SULLA PRIVACY CONTROFIRMATA PER ACCETTAZIONE
- COPIA DELLA CARTA DI IDENTITÀ E DEL PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ, DELL'OSPITE E DEL GARANTE;
- COPIA DEL DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA/ADS (SE PRESENTE)

Ai sensi del D.L.gs.196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione /informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

Data : ___/___/_____

Firma del richiedente _____

Domanda di ingresso a Villa Sorriso

Reg. 8

Edizione n°08 del 01/03/2022

Pagina 7 di 14

SCHEDA SANITARIA DI PRE-INGRESSO PRESSO VILLA SORRISO QUADRO CLINICO-PATOLOGIE PRINCIPALI

Da compilarsi da parte del medico di base, ospedaliero o altro specialista che ha in cura l'utente

Cognome _____ Nome _____ Nato/a a _____ il ___/___/_____

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

Domanda di ingresso a Villa Sorriso

Reg. 8

Edizione n°08 del 01/03/2022

Pagina 8 di 14

SCHEDA SANITARIA DI PRE-INGRESSO PRESSO VILLA SORRISO QUADRO CLINICO-PATOLOGIE PRINCIPALI

| | |
|--|--|
| Malattie infettive contagiose in atto | 1. Gastroenterite 2. Klebsiella 3. Infezione della cute 4. Altro: _____ |
| COVID | Data ULTIMO TNF MOLECOLARE POSITIVO: ___/___/_____ Data ULTIMO TNF MOLECOLARE NEGATIVO: ___/___/_____ Data FINE ISOLAMENTO: ___/___/_____ Data 1° DOSE VACCINAZIONE: ___/___/_____ Data 2° DOSE VACCINAZIONE: ___/___/_____ Data 3° DOSE VACCINAZIONE: ___/___/_____ TIPO DI VACCINO _____ |
| Allergie | <input type="checkbox"/> NON NOTE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, DI CHE TIPO: _____ |

ASPETTI CLINICO-FUNZIONALI

| | |
|--|---|
| Autonomia nel movimento <i>(è possibile barrare più caselle)</i> | <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 <i>(è possibile barrare più caselle)</i> | <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..... Prodotto utilizzato per la medicazione: |
| Presidi assorbenti Nefro / urostomia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Incontinenza fecale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stomia, sede:..... |

Domanda di ingresso a Villa Sorriso

Reg. 8

Edizione n°08 del 01/03/2022

Pagina 9 di 14

| | |
|---|--|
| | |
| Alvo | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> stitico <input type="checkbox"/> diarroico <input type="checkbox"/> regolare Data Ultima evacuazione__/_/_____ Uso di Lassativi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Uso di Clismi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Ossigenoterapia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua <input type="checkbox"/> litri al min prescritti..... |
| 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 Prodotto utilizzato per trattare la medicazione..... |
| 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:..... |
| 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) | _____ _____ |

DEFICIT SENSORIALI

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

Domanda di ingresso a Villa Sorriso

Reg. 8

Edizione n°08 del 01/03/2022

Pagina 10 di 14

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 | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI frequenza..... |
| 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) fisici | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: |
| Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni) farmacologici | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso di che tipo: |
| Presenza di Pianto Terapeutico | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Etilismo/potus | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: |
| 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: |

Domanda di ingresso a Villa Sorriso

Reg. 8

Edizione n°08 del 01/03/2022

Pagina 13 di 14

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE PER L'INSERIMENTO IN COMUNITA'

Si certifica che il Sig./La Sig.ra_

NON presenta malattie infettive/contagiose che ne impediscano l'ingresso in struttura

Nome e Cognome Medico curante:

Timbro e Firma Medico Curante

.....

Recapito.....

tel.diretto.....

fax

e-mail diretta:.....@.....

Data di Compilazione: ___/___/_____

| | |
|---|--|
| <p>Esito Valutazione Domanda da parte del Medico di Struttura Data _____</p> <p>Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Motivazione: _____ _____ _____ _____ _____</p> | <p>Timbro e Firma Medico di Struttura</p> |
|---|--|

Domanda di ingresso a Villa Sorriso

Reg. 8

Edizione n°08 del 01/03/2022

Pagina 14 di 14

LISTA DELLE MODIFICHE

| N° | Data | Pagine | Motivo e contenuti della modifica |
|-----------|-------------|---------------|--|
| 1 | 12/04/2013 | Tutte | Creazione idl |
| 2 | 12/04/2018 | 1 | Sostituito nominativo Responsabile della Qualità |
| 3 | 25/05/2021 | Tutte | Revisione della documentazione di ingresso |
| 4 | 29/06/221 | 14 | Valutazione Domanda (Medico di Struttura) |
| 5 | 01/07/2021 | 5-6 | Documentazione per Ingresso |
| 6 | 01/03/2022 | 1-5-6 | Residenza Ospite e Documentazione per Ingresso |
| 7 | 04/04/2022 | Tutte | Semplificazione documento |
| 8 | 20/11/2023 | 2 | Eliminato riferimento Casa Residenza |