

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

SCHEMA 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 11 di 14

Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data:/ /
In carico presso CSM o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:
Eventuali note e osservazioni:	

PROBLEMI CORRELATI 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
Idratazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Liquidi lisci <input type="checkbox"/> Liquidi addensati
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 <input type="checkbox"/> Cibi frullati <input type="checkbox"/> Cibi omogeneizzati <input type="checkbox"/> Addensanti
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:
Alimentazione Enterale (NET)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG
Alimentazione Parenterale (NPT)	<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:.....

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: ___/___/_____

Esito Valutazione Domanda da parte del Medico di Struttura

Data _____

Positivo

Negativo

Motivazione: _____

Timbro e Firma Medico di Struttura

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