

Spazio riservato al protocollo

RICHIESTA DI RICOVERO TEMPORANEO PRESSO RSA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente in via _____

Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____

(compilare solo se il beneficiario coincide con il sottoscrittore)

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

Medico di Base _____ Esenzione Ticket _____ Stato Civile _____

Eventuale domicilio se diverso dalla residenza _____

IN QUALITÀ DI

diretto interessato Tutore / curatore / amministratore di sostegno

caregiver (indicare il rapporto di parentela con il beneficiario) _____

CHIEDE

di poter usufruire di un **RICOVERO TEMPORANEO** dal _____ al _____
PRESSO LA RSA "Fondazione Beppina e Filippo Martinoli - Casa della Serenità onlus" di Lovere

a favore di _____

(Compilare solo se il beneficiario non coincide con il sottoscrittore)

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente in via _____

Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

Medico di Base _____ Esenzione Ticket _____ Stato Civile _____

Eventuale domicilio se diverso dalla residenza _____

SI IMPEGNA

- a collaborare con il Servizio sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto
- al pagamento delle quote previste per la fruizione del servizio

Luogo e Data _____

Firma _____

ACCETTAZIONE DELLA RICHIESTA - Spazio riservato all'U.d.P.

Periodo proposto _____

Data di ingresso _____ Data di dimissione _____

L'operatore dell'U.d.P.: _____

SCHEDA SOCIALE

Dati anagrafici del beneficiario

Cognome e nome

Luogo e data di nascita

Comune di residenza Prov.....CAP

IndirizzoTel

Indicare eventuale domicilio se diverso dalla residenza

.....

Stato CivileCodice fiscale

Tessera Sanitaria Medico di baseEsenzione Ticket

Persone di riferimento

NOME	COGNOME	PARENTELA	RESIDENZA	TELEFONO

Situazione sociale

N. figli viventi: Maschi Femmine

Con che vive: Solo Con altre persone

Domicilio attuale: Al proprio domicilio

Presso parenti

Presso ospedale di

Altro

Livello di disponibilità familiare

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Situazione Economica (tipo di pensione)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sociale | <input type="checkbox"/> Da lavoro | <input type="checkbox"/> Reversibilità |
| <input type="checkbox"/> Invalidità% | <input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento | <input type="checkbox"/> Altro |

Servizi di cui usufruisce

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Voucher sociale tipologia | <input type="checkbox"/> A.D.I. | <input type="checkbox"/> Colf privata |
| <input type="checkbox"/> Assistente familiare | <input type="checkbox"/> Telesoccorso | <input type="checkbox"/> CDI di |
| <input type="checkbox"/> Altre forme di supporto (Volontari, Obiettori, Vicini...) | | |

Tipo di richiesta

- Ricovero con finalità di sollievo
- Ricovero con finalità riabilitative
- Posto letto per Convalescenza
- Ricovero in emergenza/ dimissioni protette (specificarne le motivazioni nel progetto sociale e/o nella scheda sanitaria)
- Altro specificare

Valutazione delle attività di base della vita quotidiana

IGIENE PERSONALE

- autosufficiente
- necessita di aiuto
- non autosufficiente

ALIMENTAZIONE

- autosufficiente
- necessita di aiuto
- non autosufficiente

ABBIGLIAMENTO

- autosufficiente
- necessita di aiuto
- non autosufficiente

CAPACITA' RELAZIONALI

- è in grado di stabilire relazioni adeguate con il contesto
- tende all'isolamento
- ha comportamenti aggressivi
-

LIVELLO DI CONSAPEVOLEZZA

- è in grado di riconoscere i propri bisogni e sa chiedere aiuto
- esprime le proprie preferenze in modo adeguato
- non è in grado di riconoscere i propri bisogni ma sa chiedere aiuto
- non è in grado di riconoscere i propri bisogni e non sa chiedere aiuto
-

SCHEDA SANITARIA (in allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)
(compilazione a cura del medico di famiglia o di reparto ospedaliero)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO: _____

ANAMNESI:

TIPO DI INVALIDITA': _____

PERCENTUALE di INVALIDITA': _____ %

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO: SI NO

Trasferimento letto sedia

- | Codice | Significato |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico |
| <input type="checkbox"/> 2 | Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona |
| <input type="checkbox"/> 3 | Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona |
| <input type="checkbox"/> 4 | Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia |
| <input type="checkbox"/> 5 | Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento |

Deambulazione

- | Codice | Significato |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Dipendenza rispetto alla locomozione |
| <input type="checkbox"/> 2 | Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione |
| <input type="checkbox"/> 3 | Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili |
| <input type="checkbox"/> 4 | Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto |
| <input type="checkbox"/> 5 | Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego.
Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorrere 50 metri senza aiuto o supervisione. |

Locomozione su sedia a rotelle

- | Codice | Significato |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione |
| <input type="checkbox"/> 2 | Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano |
| <input type="checkbox"/> 3 | Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc. |

- 4 Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficili
- 5 Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

Igiene personale

- | Codice | Significato |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista |
| <input type="checkbox"/> 2 | E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale |
| <input type="checkbox"/> 3 | E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale |
| <input type="checkbox"/> 4 | E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire |
| <input type="checkbox"/> 5 | Totale indipendenza |

Alimentazione

- | Codice | Significato |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente totalmente dipendente, va imboccato. |
| <input type="checkbox"/> 2 | Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva. |
| <input type="checkbox"/> 3 | Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati. |
| <input type="checkbox"/> 4 | Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile |
| <input type="checkbox"/> 5 | Totale indipendenza nel mangiare. |

Confusione-(stato mentale)

- | Codice | Significato |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata |
| <input type="checkbox"/> 2 | E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe |
| <input type="checkbox"/> 3 | Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo |
| <input type="checkbox"/> 4 | E' perfettamente lucido |

Irritabilità

- | Codice | Significato |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Qualsiasi contatto è causa di irritabilità |
| <input type="checkbox"/> 2 | Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare. |
| <input type="checkbox"/> 3 | Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete |
| <input type="checkbox"/> 4 | Non mostra segni di irritabilità ed è calmo |

Irrequietezza (stato Comportamentale)

- | Codice | Significato |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo |
| <input type="checkbox"/> 2 | Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti. |
| <input type="checkbox"/> 3 | Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti. |
| <input type="checkbox"/> 4 | Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità. |

ALLERGIE O INTOLLERANZA VERSO I SEGUENTI ALIMENTI

.....

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE ED ESAME OBIETTIVO

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto g.	DIAGNOSI
Patologia cardiaca (solo cuore)	<input type="checkbox"/>					
Ipertensione arteriosa (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>					
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>					
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>					
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>					
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>					
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>					
Patologie epatiche (solo fegato)	<input type="checkbox"/>					
Patologie renali (solo rene)	<input type="checkbox"/>					
Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>					
Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>					
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)	<input type="checkbox"/>					
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)	<input type="checkbox"/>					
Patologie psichiatrico - comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>					

Ricoveri ospedalieri recenti

SI

NO

.....

Terapia in atto:

.....

Reattività emotiva:

- Collaborante
- E' estraniato dal mondo circostante
- Depressione
- Stato ansioso
- Agitazione con spunti aggressivi

INTOLLERANZA AI SEGUENTI FARMACI

.....

Incontinenza

URINARIA

- a) *assente*
- b) *occasionale*
- c) *abituale*
- d) *catetere a permanenza*

FECALE

- a) *assente*
- b) *occasionale*
- c) *abituale*

Lesioni da decubito:

- assenti*
- iniziali*
- gravi*
- multiple*

(specificare la sede)

Peso kg:

Nutrizione artificiale:

- PEG
- SNG
- NPT

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità?

- SI*
- NO*

Abusa di sostanze alcoliche?

- NO, MAI*
- SI, IN PASSATO*
- SI, ATTUALMENTE*

Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?

- SI*
- NO*

Richiede trattamento riabilitativo?

- SI*
- NO*

specificare:

timbro e firma del Medico di famiglia o di reparto

data _____

Si chiede cortesemente di allegare alla presente scheda sanitaria, se l'utente ne è in possesso:

✓ Gli ultimi esami ematochimici e indagini strumentali oltre a eventuali documentazioni chimiche relative alla patologia di cui l'anziano è affetto.

Si precisa che alla dimissione del soggetto, verrà trasmessa la relazione sanitaria compilata dal medico dell'RSA

L'Ente si riserva la facoltà di dimettere l'ospite qualora i certificati medici prodotti a corredo della domanda o la scheda sanitaria abbiano taciuto l'esistenza di rilevanti malattie o infezioni dello stesso

DICHIARAZIONE PER ASSUNZIONE ONERI ECONOMICI

Io sottoscritto nato a
Il, Residente a
Via, in qualità di (indicare il grado di parentela) consapevole che allo scadere del ricovero temporaneo previsto per il, la Casa di Riposo procederà alle dimissioni del/della Sig./Sig.ra.:..... mi impegno a collaborare affinché ciò possa avvenire nel rispetto degli accordi stabiliti con il servizio sociale territoriale.

Dichiaro inoltre di essere pienamente a conoscenza che:

- la collocazione della stanza all'interno della struttura verrà stabilita di volta in volta, sulla base delle necessità assistenziali dell'utente e in relazione all'organizzazione della struttura medesima.
- corrisponderò alla RSA la retta giornaliera prevista per i ricoveri brevi, pari a € 65,00;
- nel caso di ricoveri di durata inferiore a 21 giorni, corrisponderò alla RSA, oltre alla retta giornaliera prevista, una quota pari a € 100,00, come contributo per gli oneri amministrativi ed organizzativi connessi all'inserimento temporaneo di particolare brevità prevista per progetto. Nel caso di progetti di durata pari o superiore a 21 giorni, o di progetti che per necessità di programmazione del servizio hanno una durata inferiore ai 21 giorni, corrisponderò alla RSA solo la retta giornaliera prevista per i ricoveri temporanei.
- in caso di mancato ingresso o di dimissioni anticipate rispetto alle date stabilite con il servizio sociale competente, salvo i casi in cui subentrino cause di forza maggiore indipendenti dalla volontà dell'interessato e/o della sua famiglia (ricovero ospedaliero, decesso dell'utente) oppure sia stato previsto un progetto di ricovero temporaneo in emergenza per cui valgono le condizioni al successivo punto, dovrò corrispondere alla struttura un importo pari a € 50,00 al giorno per tutta la durata della prenotazione concordata; tale importo sarà dovuto dal soggetto esclusivamente per i giorni in cui il posto rimarrà realmente scoperto.
- solo nel caso di progetto di ricovero temporaneo in emergenza in caso di mancato ingresso o di dimissioni anticipate rispetto alle date stabilite con il servizio sociale competente, salvo i casi in cui subentrino cause di forza maggiore indipendenti dalla volontà dell'interessato e/o della sua famiglia (ricovero ospedaliero, decesso dell'utente) dovrò corrispondere alla struttura un importo pari a € 50,00 al giorno per un massimo di 5 giorni. Tale importo sarà dovuto dal soggetto esclusivamente per i giorni in cui il posto rimarrà realmente scoperto;

DATA

In fede

Firma di un familiare coinvolto nel progetto

PROGETTO DI INTERVENTO

SERVIZIO SOCIALE DI COMPETENZA

TIPO DI RICHIESTA/ MOTIVAZIONI ESPRESSE

.....
.....

SITUAZIONE ATTUALE / BISOGNI RILEVATI

.....
.....

FINALITA' DELL'INTERVENTO E RELATIVA PROPOSTA

.....
.....

IN CASO DI RICOVERO IN EMERGENZA SPECIFICARE LA SUSSISTENZA DI ALMENO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

peggioramento improvviso delle condizioni generali dell'utente con un conseguente aggravio del carico assistenziale: i bisogni dell'utente e l'attuale carico assistenziale non sono compatibili allo stato attuale con la sua permanenza al domicilio, nemmeno con l'attivazione di altri attori afferenti alla rete del soggetto o di servizi socio-sanitari ed interventi a sostegno della domiciliarità; **SPECIFICARE**

.....
.....
.....

impoverimento improvviso della rete familiare e informale di riferimento a seguito di eventi non programmabili e non rimediabili mediante l'attivazione di altri attori afferenti alla rete del soggetto o servizi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità: **SPECIFICARE** la natura e le cause che determinato l'attuale condizione di fragilità e i motivi che ostacolano l'attivazione di un sistema alternativo di sostegno domiciliare;

.....
.....
.....

dimissioni ospedaliere protette: le condizioni socio-assistenziali dell'utente non sono compatibili con un suo rientro al domicilio per ragioni che dipendono dalla natura dei suoi bisogni, dalla fragilità della sua rete di riferimento o da altri fattori che ostacolano la costruzione di un progetto domiciliare sufficientemente tutelante per l'utente. **SPECIFICARE** i fattori che attualmente ostacolano o impediscono di fatto il rientro al domicilio dell'utente;

.....
.....

.....
 altri eventi che di fatto impediscono la permanenza dell'utente al suo domicilio e che si presentano come non programmabili, non differibili, e che pregiudichino in maniera inequivocabile la sicurezza e in generale la tutela della persona fragile. SPECIFICARE

.....
.....
.....

DURATA DEL PROGETTO

.....

VERIFICHE E AGGIORNAMENTI DEL PROGETTO

.....

IPOTESI DI INTERVENTO PREVISTE ALLO SCADERE DEL PROGETTO DI RICOVERO TEMPORANEO

.....
.....

NOTE AGGIUNTIVE

.....
.....

..... Li,

L'interessato

Parente coinvolto nel progetto

Assistente Sociale

.....