



**MODELLO DOMANDA DI AMMISSIONE
IN R.S.A. ACCREDITATE**

La/Il sottoscritta/o

oppure

La/Il sottoscritta/o

in qualità di della sig.ra/del sig.

residente a

via n.

recapiti telefonici

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA R.S.A.

.....

.....

Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'interessato all'ammissione, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo.

Dati anagrafici della persona interessata all'ammissione in R.S.A.

Nome Cognome

data di nascita luogo di nascita

residente a

via n.

recapiti telefonici

stato civile n. figli

documento di identità

codice fiscale

A.T.S. di appartenenza tessera sanitaria

Dati relativi alla richiesta di ammissione

■ provenienza della persona: casa NO SI
beneficiario di buono socio-sanitario NO SI
beneficiario di A.D.I./ voucher NO SI

■ ricoverato presso

■ motivo dell'ingresso in R.S.A.:

Dati anagrafici del garante individuato per il pagamento

Nome Cognome

grado di parentela con l'ospite

data di nascita luogo di nascita

residente a

via n.

recapiti telefonici

codice fiscale

Altri referenti per la persona da contattare

Nome Cognome

grado di parentela con l'ospite

data di nascita luogo di nascita

residente a

via n.

recapiti telefonici

codice fiscale

Nome Cognome

grado di parentela con l'ospite

data di nascita luogo di nascita

residente a

via n.

recapiti telefonici

codice fiscale

Dati relativi alle risorse economiche dell'interessato all'ammissione

Intestatario di indennità di accompagnamento: NO SI

Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto

■ Tipologia: - a tempo determinato per n. mesi

- a tempo indeterminato

■ Necessità di ingresso urgente
 breve termine
 lungo termine

Elenco dei documenti da produrre al momento dell'ingresso nella R.S.A.

1. fotocopia della carta di identità
2. fotocopia del codice fiscale
3. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
4. tesserino esenzione ticket
5. tessera sanitaria
6. scheda sanitaria allegata

Data Firma del sottoscrittore

**MODELLO DOMANDA DI AMMISSIONE IN R.S.A.
SCHEDA SANITARIA**

RELAZIONE ASSISTENZIALE

(da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

Nome dell'assistito

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia
- È indipendente

DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- Cammina senza aiuto

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri

IGIENE PERSONALE

- Incapace di provvedere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti
- Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- È capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi

ALIMENTAZIONE

- Deve essere imboccato
- Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
- Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliare la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- Totale indipendenza nel mangiare

CONFUSIONE

- È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive
- È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- È in grado di pensare chiaramente

IRRITABILITÀ

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo

IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi
- Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione
- Mostra ogni tanto segni di irrequietezza
- Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

ALTRE SEGNALAZIONI

❖ Incontinenza:

- Assente
- Solo urinaria
- Solo fecale
- Doppia

❖ Gestione incontinenza:

- Presidi assorbenti
- Ano artificiale
- Catetere

❖ Ausili per il movimento:

- Bastone/deambulatore
- Carrozzina
- Nessuno

Il compilatore:

Cognome Nome

in qualità di

Data Firma

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito

M

F

Data di nascita Data di compilazione

LEGENDA

A: assente; **L:** lieve - trattamento facoltativo; prognosi eccellente; **M:** moderata - trattamento necessario; prognosi buona; **G:** grave; è invalidante - trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; **MG:** molto grave - trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA

Gravità

(barrare la casella che interessa come da legenda)

solo per la patologia più grave

PATOLOGIE CARDIACHE

A	L	M	G	MG
---	---	---	---	----

Diagnosi:

IPERTENSIONE (si valuta la severità)

A	L	M	G	MG
---	---	---	---	----

Diagnosi:

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)

A	L	M	G	MG
---	---	---	---	----

Diagnosi:

APPARATO RESPIRATORIO

A	L	M	G	MG
---	---	---	---	----

Diagnosi:

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe)

A	L	M	G	MG
---	---	---	---	----

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE
(esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)

A	L	M	G	MG
---	---	---	---	----

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

FEGATO	A	L	M	G	MG
--------	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

RENE	A	L	M	G	MG
------	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:

.....

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare:
Lesione da decubito			Sede: Stadio:
Dialisi			Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria			Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
Alimentazione artificiale			SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza			Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento			Bastone e/o deambulatore: Carrozzina:
Protesi			Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
Disorientamento tempo/spazio			Note:
Vagabondaggio			Note:
Agitazione psico-motoria			Note:
Inversione ritmo sonno-sveglia			Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente			Obesità: Sottopeso:
Allergie a farmaci			Specifica:
Allergie ad alimenti			Specifica:

TERAPIA IN ATTO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici, ...). Elencare documentazione prodotta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Recapito telefonico del Medico

Firma del Medico

.....

Modello domanda di ammissione in R.S.A. accreditate predisposto in collaborazione con gli Enti gestori



Fondazione Don Carlo Ferrandi Via Maestra 79 27020 – Breme Tel. 0384 77027	Informativa ai richiedenti e relativi famigliari/sottoscrittori di richieste lista d’attesa, relativa al trattamento dei dati personali, ai sensi del Reg. UE 2016/679	Pagina 1 di 2
---	---	------------------

1. Introduzione

Egredi Signori/e, la presente informativa stabilisce i termini e le condizioni relativi al trattamento dei Vostri dati personali, conformemente alla normativa vigente. Si prega di leggere attentamente questi termini e condizioni.

La Fondazione Don Carlo Ferrandi (in seguito, la Fondazione) La informa di essere " Titolare del trattamento " ai sensi dell'articolo 24 del Regolamento UE 679 del 27 aprile 2016 ("Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati", in seguito il "Regolamento").

Per trattamento di dati personali, il Regolamento intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, anche se non registrati in una banca di dati, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'elaborazione, la selezione, il blocco, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, la diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

2. Categorie di dati trattati, base giuridica e finalità del trattamento

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento, Vi informiamo che la Fondazione tratta le seguenti categorie di Vostri dati personali da Voi comunicati:

- dati anagrafici (ad esempio, nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale, dati di contatto): **sia per il Richiedente sia per il Sottoscrittore;**
- dati relativi alla salute: **unicamente per il Richiedente.**

Tali dati sono trattati come requisito essenziale, con le seguenti finalità:

- Gestione delle Liste d’attesa per l’accesso ai servizi;
- Gestione del protocollo corrispondenza.

La comunicazione, da parte Vostra, di tali dati personali è un requisito necessario all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su Vostra richiesta (iscrizione in Lista d’attesa). L'eventuale rifiuto a conferire i dati potrebbe comportare l'impossibilità oggettiva all'esecuzione delle azioni precontrattuali con Voi intercorrenti.

3. Dati di contatto

L'identità ed i dati di contatto del " Titolare del trattamento " (Fondazione Don Carlo Ferrandi) sono i seguenti:

Dati di contatto del Titolare del trattamento			
Indirizzo: Via Maestra 79 27020 - Breme	Telefono: 0384 77027	Posta elettronica certificata: fondazioneonferrandi@pec.it	Posta elettronica ordinaria: rsa@comunebreme.it

La Fondazione ha inoltre provveduto, ottemperando all'articolo 37 del "Regolamento", a designare il "Responsabile della Protezione dei Dati", affidandogli i seguenti compiti principali:

- a) informare e fornire consulenza in merito agli obblighi derivanti dal "Regolamento" nonché da altre disposizioni relative alla protezione dei dati;
- b) sorvegliare l'osservanza del "Regolamento" e, in generale, della normativa vigente.

I dati di contatto del "Responsabile della Protezione dei Dati" sono i seguenti:

Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati			
Indirizzo: Via Maestra 79 27020 - Breme	Telefono: 0384 77027	Posta elettronica certificata: fondazioneonferrandi@pec.it	Posta elettronica ordinaria: rsa@comunebreme.it

4. Destinatari dei Vostri dati personali

I Vostri dati di cui sopra sono stati o saranno comunicati, esclusivamente per esigenze tecniche ed operative strettamente collegate alle finalità sopra enunciate, alle seguenti categorie di destinatari:

- Alla ATS di Pavia (per dati anagrafici sottoscrittori di richiesta di servizi socio-sanitario-assistenziali), in ottemperanza ad obblighi normativi: **unicamente per il Richiedente;**
- Al Revisore contabile: **sia per il Richiedente sia per il Sottoscrittore;**
- Al Responsabile per la Protezione dei Dati: **sia per il Richiedente sia per il Sottoscrittore;**
- Ai Legali, consulenti del lavoro, contabili e consulenti esterni: **sia per il Richiedente sia per il Sottoscrittore.**

I dati in formato elettronico potranno essere conservati presso fornitori di servizi informatici in paesi appartenenti all'Unione Europea, conformemente alle disposizioni in materia.

Fondazione Don Carlo Ferrandi Via Maestra 79 27020 – Breme Tel. 0384 77027	Informativa ai richiedenti e relativi famigliari/sottoscrittori di richieste lista d’attesa, relativa al trattamento dei dati personali, ai sensi del Reg. UE 2016/679	Pagina 2 di 2
---	---	--------------------------------

5. Periodo di conservazione dei dati

Il periodo di conservazione dei dati è di un anno dalla data di accettazione della domanda, ad eccezione degli Ospiti ammessi in struttura (i cui dati sono conservati nel Fascicolo Ospite).

6. Diritti dell’interessato

Ai sensi degli articoli 13, comma 2, lettere (b) e (d), 15, 18, 19 e 21 del Regolamento, Vi informiamo che:

- Voi avete il diritto di chiedere alla Fondazione l’accesso ai dati personali che Vi riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento, o di opporvi al loro trattamento, nei casi previsti;
- Voi avete il diritto di proporre un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito internet ufficiale www.garanteprivacy.it;

Le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate su Vostra richiesta – salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato – saranno comunicate dalla Fondazione a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali. La Fondazione potrà comunicarVi i nominativi di tali destinatari qualora Voi lo richiediate.

L’esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma ed è gratuito. Unicamente nel caso in cui la richiesta fosse manifestamente infondata o eccessiva, la Fondazione potrà addebitare un contributo spese oppure rifiutare di soddisfare la richiesta.

Per esercitare i suoi diritti, Lei potrà inviare in qualsiasi momento:

- una raccomandata a.r. a: Fondazione Don Carlo Ferrandi – Via Maestra 79 – 27020 Breme;
- una e-mail all’indirizzo di posta elettronica ordinaria rsa@comunebreme.it;
- una e-mail all’indirizzo di posta elettronica certificata fondazioneonferrandi@pec.it.

_____ li _____

Dati del Richiedente (persona interessata al ricovero)

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale: _____

Firma del Richiedente (persona interessata al ricovero)

Firma per ricevuta della presente informativa: _____

Dati del Familiare/Sottoscrittore (se persona diversa dal Richiedente)

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale: _____

In qualità di:

- Familiare (specificare grado di parentela)
- Amministratore di Sostegno
- Tutore
- Altro

Firma per ricevuta della presente informativa: _____