

<b>Fondazione</b> <b>CASA SERENA ~ LEFFE</b> <b>Onlus</b>	<b>DOMANDA DI</b> <b>AMMISSIONE SERVIZIO DI</b> <b>DEGENZA PRIVATA</b>	Mod. 8.2.1-14 Rev. 00 del 01/09/2018 Pag. 1 di 3
---	--	--

Il/la sottoscritto/a ..... nat .... a ..... prov. ....  
il ...../...../..... residente a ..... prov. .... in Via  
..... n. .... tel ..... Stato civile  
..... Codice fiscale .....

Attuale collocazione:  a casa propria     in ospedale .....     presso altra struttura.....  
.....  
 presso un familiare residente a .....prov. ....  
in Via ..... n. .... Tel. ....

### CHIEDE

il ricovero a tempo determinato presso la Fondazione dal ..... al .....  
(min. 15 gg. solari)

### DICHIARA di

- Accettare tutte le condizioni previste dalla Carta dei Servizi e dai Regolamenti interni.
- Manifestare il proprio consenso al Trattamento dei dati personali (ai sensi del Regolamento UE 2016/679), con supporti cartacei ed elettronici, da parte del titolare “Fondazione Casa Serena – Leffe Onlus” per l’espletamento dei compiti di assistenza sanitaria e l’esecuzione delle procedure amministrative relative alla pratica di domanda di ingresso.
- Fornire all’ingresso e durante la permanenza in struttura: i farmaci, gli ausili e tutto il necessario per consentire l’assistenza sanitaria e di impegnarsi, essendo in carico al proprio Medico di Assistenza Primaria, ad avanzare allo stesso le eventuali nuove richieste di Piani Terapeutici, farmaci, presidi ed ausili in completa collaborazione con la Direzione Sanitaria della R.S.A..
- Accettare che la durata della degenza è di almeno 15 giorni solari e che entro 7 giorni dall’ingresso l’Ospite dovrà corrispondere la retta di degenza del periodo minimo suddetto.  
In caso di proroga, la retta dovrà essere corrisposta anticipatamente (fatturazione a inizio mese).
- Essere consapevole che la degenza presso i posti letto privati non dà accesso preferenziale ai posti letto di “ricovero definitivo” accreditati Regione Lombardia della R.S.A..

<b>Fondazione</b> <b>CASA SERENA ~ LEFFE</b> <b>Onlus</b>	<b>DOMANDA DI</b> <b>AMMISSIONE SERVIZIO DI</b> <b>DEGENZA PRIVATA</b>	Mod. 8.2.1-14 Rev. 00 del 01/09/2018 Pag. 2 di 3
---	--	--

C O N S E G N A

- Copia di Carta d'identità e Codice Fiscale.
- Copia di Carta d'identità e Codice Fiscale dei garanti al pagamento.
- Copia del decreto di nomina di Tutore, Curatore o Amministratore di Sostegno se nominato.
- FaSAS/P.I.-P.A.I. se il paziente è ricoverato c/o una struttura socio-sanitaria assistenziale oppure Lettera di dimissioni con Esami e Terapia se è ricoverato c/o una struttura ospedaliera.
- Esami come da specifico prospetto e altra documentazione sanitaria in possesso.
- Scheda Sanitaria compilata dal Medico di Assistenza Primaria Mod. 8.2.1-15.

C O M U N I C A

i nominativi dei familiari / caregiver di riferimento:

Cognome e nome ..... grado di parentela .....  
nato/a ..... il ...../...../..... residente a ..... prov. ....  
in Via ..... n° ..... c.a.p. .... telefono .....

Cognome e nome ..... grado di parentela .....  
nato/a ..... il ...../...../..... residente a ..... prov. ....  
in Via ..... n° ..... c.a.p. .... telefono .....

Cognome e nome ..... grado di parentela .....  
nato/a ..... il ...../...../..... residente a ..... prov. ....  
in Via ..... n° ..... c.a.p. .... telefono .....

e il nominativo del proprio Medico di Assistenza Primaria :

DR. / DR.SSA .....  
avente studio a ..... prov. ....in Via .....  
..... n° ..... recapiti telefonici.....  
.....E-Mail dello studio .....

Leffe, li .....

**PROTOCOLLO**

L'interessato

---

*Utente oppure Garante \**

\* In caso di impossibilità alla firma, in presenza del funzionario incaricato, previo accertamento dell'identità mediante conoscenza diretta od esibizione della C. I. n. .... rilasciata dal Comune di .....

◆ —◆ **SPAZIO RISERVATO ALLA R.S.A.** —◆

La D.S. accoglie la domanda di ammissione del.... Sig./.....

La D.S. respinge la domanda di ammissione del.... Sig./.....

Per le seguenti motivazioni: .....

.....  
 .....

Leffe, li .....

Il Direttore Sanitario

---

**ANNOTAZIONI**

.....  
 .....



<b>Fondazione CASA SERENA ~ LEFFE Onlus</b>	<b>SCHEDA SANITARIA SERVIZIO DI DEGENZA PRIVATA</b>	Mod. 8.2.1-15 Rev. 00 del 01/09/2018 Pag. 1 di 6
---	---	--

*Da compilarsi a cura del Medico curante dell'utente*

Sig./ra ..... luogo e data di nascita .....

Residente a ..... Prov. .... Via .....

N. Tessera Sanitaria.....Peso ..... Altezza .....

**ANAMNESI** .....

.....

.....

.....

.....

**RICOVERI OSPEDALIERI** .....

.....

.....

.....

**SITUAZIONE CLINICA ATTUALE** .....

.....

.....

.....

**COMPENSO CARDIO-CIRCOLATORIO E CIRCOLATORIO**

- Soddisfacente                     
  In equilibrio farmacologico                     
  Scompensato

**ASPETTI SENSORIALI**

**Vista:**     Buona     Media     Bassa     Porta occhiali :     da vista     per lettura

**Udito:**     Buono     Medio     Basso     Porta apparecchio acustico

**Comunicazione:**                     
  parla normalmente                     
  si esprime con difficoltà

comprende normalmente   
  comprende con difficoltà   
  non comunica intenzionalmente

**STATO METABOLICO NUTRIZIONALE**

- Soddisfacente   
  Carente apporto nutrizionale
- In equilibrio farmacologico   
  Scompensato

**NECESSITÀ DI DIETE PARTICOLARI**

.....

.....

**ALLERGIE NOTE E/O INTOLLERANZA VERSO I SEGUENTI PRODOTTI/ FARMACI**

.....

.....

.....

**TERAPIA IN ATTO**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**NUTRIZIONE ARTIFICIALE:**

- Assente             PEG                     SNG                     NPT

**INCONTINENZA**

- Urinaria**             Assente             Occasionale             Abituale             Catetere  
**Fecale**               Assente             Occasionale             Abituale

**PIAGHE DA DECUBITO**

- Assenti     Iniziali     Gravi     Multiple     Altro .....  
 Localizzazione .....

**CADUTE**

- Assenti     N° ..... : motivazione .....

**E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE IN ATTO E PUO' VIVERE IN COMUNITÀ?**

- SI                                     NO (specificare).....

<b>Fondazione CASA SERENA ~ LEFFE Onlus</b>	<b>SCHEDA SANITARIA SERVIZIO DI DEGENZA PRIVATA</b>	Mod. 8.2.1-15 Rev. 00 del 01/09/2018 Pag. 3 di 6
---	---	--

## MOBILITÀ - COGNITIVITÀ

### Indicatore Mobilità Trasferimento letto sedia

Valore	Descrizione
1	Necessarie due persone per il trasferimento del paziente con o senza ausilio meccanico
2	Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
3	Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona
4	Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
5	Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

### Indicatore Mobilità Deambulazione

Valore	Descrizione
1	Dipendenza rispetto alla locomozione
2	Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
3	Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
4	Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondere fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
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.

### Indicatore Mobilità Locomozione su sedia a rotelle

Valore	Descrizione
1	Dipendenza. Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
2	Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
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 difficoltosi
5	Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo, ecc e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

<b>Fondazione CASA SERENA ~ LEFFE Onlus</b>	<b>SCHEDA SANITARIA SERVIZIO DI DEGENZA PRIVATA</b>	Mod. 8.2.1-15 Rev. 00 del 01/09/2018 Pag. 4 di 6
---	---	--

#### Indicatore Mobilità Igiene Personale

Valore	Descrizione
1	Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
2	È necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
3	È necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
4	È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire
5	Totale indipendenza

#### Indicatore Mobilità Alimentazione

Valore	Descrizione
1	Paziente totalmente dipendente, va imboccato.
2	Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
3	Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
4	Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quale tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
5	Totale indipendenza nel mangiare

#### Indicatore Cognitività e Comportamento Confusione

Valore	Descrizione
1	Paziente completamente confuso – comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
2	È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
3	Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
4	È perfettamente lucido

#### Indicatore Cognitività e Comportamento Irritabilità

Valore	Descrizione
1	Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
2	Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
3	Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
4	Non mostra segni di irritabilità ed è calmo



<b>Fondazione CASA SERENA ~ LEFFE Onlus</b>	<b>SCHEDA SANITARIA SERVIZIO DI DEGENZA PRIVATA</b>	Mod. 8.2.1-15 Rev. 00 del 01/09/2018 Pag. 5 di 6
---	---	--

### Indicatore Cognitività e Comportamento Irrequietezza

Valore	Descrizione
1	Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
2	Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti
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
4	Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

### COMORBILITÀ

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

<p style="text-align: center;"><b>Fondazione CASA SERENA ~ LEFFE Onlus</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>SCHEDA SANITARIA SERVIZIO DI DEGENZA PRIVATA</b></p>	<p style="text-align: right;">Mod. 8.2.1-15 Rev. 00 del 01/09/2018 Pag. 6 di 6</p>
--	--	--

**PROPOSTA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO** (Valenza sanitaria dell'inserimento con riferimento all'autonomia reale o potenzialmente recuperabile del soggetto)

.....

.....

.....

.....

.....

**Eventuali indicazioni del Medico curante in ordine alla struttura del ricovero**

.....

.....

.....

.....

**NOTE AGGIUNTIVE**

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Timbro e firma del Medico

.....

.....