

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI AMMISSIONE numero \_\_\_\_\_**

**DATA di presentazione della RICHIESTA di AMMISSIONE** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nome**..... **Cognome**..... **Sesso** M  F

**Cognome Marito**..... **eventuale soprannome** .....

**Nato/a a** ..... **Prov**..... **il** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Residente**..... **Prov**..... **Via**.....

**Cittadinanza**..... **ASL di residenza** .....

**Scolarità:** nessuna  elementari  medie inferiori  medie superiori  università

**Professione** .....

**Stato civile:**  1 celibe/nubile  2 coniugato/a  3 separato/a  4 divorziato/a  
 5 vedovo/a  6 non dichiarato

**Numero figli maschi:** ..... **Numero figlie femmine:** .....

**Religione:** nessuna  professa la religione: cattolica  ebraica  musulmana   
protestante  testimone di Geova  altra .....

**Codice Fiscale** ..... **Tessera Sanitaria**.....

**Tipo della domanda:**  1 Nuova domanda  2 Domanda presentata in precedenza  
 3 Inserimento avvenuto  4 Rinuncia temporanea  
 5 Rinuncia definitiva  6 Decesso

**Motivo della domanda:**  0 Dato non rilevato  1 Ha perso l'autonomia fisica/psichica  
 2 La famiglia non è in grado di provvedere  3 Vive solo  
 4 L'alloggio è inadatto  9 Altro

**Iniziativa della domanda:**  0 Dato non rilevato  1 Soggetto stesso  
 2 Familiare o affine  3 Assistente sociale o altri servizi  
 4 Medico  5 Tutore  9 Altro

**Tipologia Assistenziale:**  1 Ricovero ordinario  2 ricovero di sollievo  
 3 Ricovero di emergenza o pronto intervento

**Soggetto con buono socio-sanitario:**  Dato non rilevato  Si  
 No in lista di attesa  No

**Soggetto con assegno di accompagnamento:**  Dato non rilevato  Si  
 No domanda presentata  No

**Soggetto in ADI:**  Dato non rilevato  Si  No

**Provenienza Ospite:**  1 Soggetto che accede direttamente alla struttura dal domicilio  
 3 Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica

- 4** Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) accreditata
- 5** Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) non accreditata
- 6** Soggetto in dimissione da Istituto di riabilitazione
- 7** Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia (Centro diurno integrato – ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento)
- 8** Soggetto in dimissione da altra struttura (Centro diurno integrato e ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento in altre RSA)
- 9** Altro.

- Onere della retta:**
- 1** SSR (a totale carico del Servizio Sanitario Regionale – dimessi da Ospedali Psichiatrici).
  - 2** Differenza a carico del comune.
  - 3** Differenza a carico dell'ospite.
  - 4** Differenza sia a carico del comune che dell'ospite.
  - 5** A totale carico dell'ospite.
  - 6** Differenza a carico di altri Enti.

### Persone/Parenti di riferimento:

<b>Nome cognome grado di parentela</b>	Cell.	Tel.
<b>Nome cognome grado di parentela</b>	Cell.	Tel.
<b>Nome cognome grado di parentela</b>	Cell.	Tel.

Alla consegna della domanda verrà consegnata l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 e acquisiti specifico consenso per il trattamento dei dati.

FIRMA

-----

## SCHEDA CLINICA INFORMATIVA per il trasferimento del paziente

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> in Riab. SPECIALISTICA         | <input type="checkbox"/> in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie |
| <input type="checkbox"/> in Riab. MANTENIMENTO          | <input type="checkbox"/> a Domicilio                               |
| <input type="checkbox"/> in Riab. GENERALE / GERIATRICA |  |

<b>Cognome e Nome paziente</b> .....	
nato/a .....	il .....
Comune di residenza .....	
Indirizzo .....	
CODICE FISCALE.....	

<b>Sintesi diagnostica</b>	→	..... ..... ..... .....
<b>Evento indice e data insorgenza</b>	→	..... ..... .....
<b>Altre Patologie in atto ed eventuali allergie</b>	→	..... ..... .....
<b>Terapia in atto</b>	→	..... ..... .....

**Disfagia**    Si  No       **Afasia/disartria**    Si  No

**Nutrizione**       per os       Sondino n-g     PEG       Parenterale

**Respirazione**     normale       Ossigeno       Ventilazione meccanica       con tracheostomia

**Aspirazione secrezioni bronchiali**    Si  No

**Presenza deficit sensoriali**     Visivi     Uditivi

**Portatore di:**

<input type="checkbox"/> Pace Maker	<input type="checkbox"/> Catetere perdurale	<input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/> Pompa elastomerica
<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Urostomia	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale
<input type="checkbox"/> Protesi	<input type="checkbox"/> Ortesi	Quali:.....	

**Presenza Piaghe da decubito**    Si  No       **Eventuali sedi**    .....

**Altre lesioni:**                            Si  No                             .....

Segue →

<b>STATO DI COSCIENZA</b>	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
<b>Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale</b>	.....			
<b>Deterioramento cognitivo</b>	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato		<input type="checkbox"/> grave
<b>Comprensione ordini semplici</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Disturbi del comportamento</b>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati		<input type="checkbox"/> gravi
<b>↳ Specificare</b>	..... ..... .....			

## ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

## SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

<b>Abitazione</b>	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
<b>Vive solo</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
<b>Supporto familiare /caregiver</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

<b>E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>↳ Con quali risultati?</b>	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Nullo

<b>Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
<b>Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

**Struttura inviante**

**In fede**

.....  
☎ .....

.....  
(timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....