




Casa di Riposo
" **Gottardo Delfinoni** "

Via Palazzo 20 -Casorate Primo-

 02 9056601



02 90059007



delfinoni@gottardodelfinoni.it

DOMANDA DI AMMISSIONE

CENTRO DIURNO

SIG./RA _____


DATA DI PRESENTAZIONE _____

COMUNE DI RESIDENZA _____



Casa di Riposo
" **Gottardo Delfinoni** "

Via Palazzo 20 -Casorate Primo-

 02 9056601



02 90059007



delfinoni@gottardodelfinoni.it

○ **Motivo dell'ingresso in RSA:** (barrare solo la motivazione ritenuta prevalente)

- Ha perso l'autonomia fisica / psichica,
- La famiglia non è in grado di provvedere,
- Vive solo,
- L'alloggio non è idoneo,
- Altro

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/Piazza _____ n. _____

recapiti telefonici: _____

Codice Fiscale _____

Altri referenti dell'ospite da contattare

Nome _____

Cognome _____

Grado di parentela con l'ospite _____

residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____

recapiti telefonici: _____

Dati relativi alle risorse economiche dell'ospite

Intestatario di indennità di accompagnamento: SI NO

Elenco dei documenti da produrre al momento dell'ingresso nella RSA:

1. Carta di identità valida,
2. Tesserino Codice fiscale,
3. tessera sanitaria.
4. scheda sanitaria allegata

Data

Firma del sottoscrittore



Casa di Riposo
" **Gottardo Delfinoni** "

Via Palazzo 20 -Casorate Primo-

☎ 02 9056601



02 90059007



delfinoni@gottardodelfinoni.it

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____

recapiti telefonici: _____

nella qualità di _____

in nome e per conto del Sig. / ra _____

per cui è stata presentata domanda di ammissione presso codesta RSA

in data _____

per un ricovero di tipo: - centro diurno

SI OBBLIGA IN SOLIDO

1. al pagamento della retta mensile. La retta giornaliera è pari a € 40,00 al giorno
2. a corrispondere la retta per i soli giorni goduti
3. al pagamento della retta con cadenza mensile, tramite BONIFICO BANCARIO (come da prospetto allegato) , entro il giorno 10 di ogni mese.
4. al pagamento dei servizi non compresi nella retta come indicato nell'allegato Retta della Carta dei Servizi aggiornata a Giugno 2023, che si allega alla presente

ACCETTA

1. che in caso di dimissioni volontarie da parte dell'ospite deve essere dato un preavviso scritto utilizzando l'apposito modulo fornito dalla struttura da presentare 15 giorni prima;
2. che in caso di dimissioni da parte della RSA la stessa si impegna a darne comunicazione scritta indicando le motivazioni con un preavviso di n 20 (venti) giorni;
3. in caso di mancato pagamento della retta entro il trentesimo giorno successivo alla data prevista per il versamento della quota stabilita dalla presente dichiarazione di impegno, la RSA attiverà le procedure per la dimissione dell'ospite;
4. le eventuali variazioni della retta che l'Ente ritenesse di dover applicare durante il corso del soggiorno dell'ospite presso codesta RSA per aggiornamento annuale.

Alla presente domanda, rilasciata in copia al sottoscrittore, si allegano i seguenti documenti:

1. Dettaglio servizi erogati

Letti e accettati: firma del sottoscrittore _____



Casa di Riposo
" **Gottardo Delfinoni** "

Via Palazzo 20 -Casorate Primo-

☎ 02 9056601 ☎ 02 90059007 🌐 delfinoni@gottardodelfinoni.it

Data: _____

MODELLO DI 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.
- E' 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 difficili.
- 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 attendere 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.
- E' 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 faccia, 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 tagliarsi 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.



Casa di Riposo
" **Gottardo Delfinoni** "

Via Palazzo 20 -Casorate Primo-

 02 9056601



02 90059007



delfinoni@gottardodelfinoni.it

- 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.

IRRITABILITA'

- 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 QUALITA' DI

FIRMA

DATA



Casa di Riposo " Gottardo Delfinoni "

Via Palazzo 20 -Casorate Primo-

02 9056601



02 90059007



delfinoni@gottardodelfinoni.it

SERVIZI EROGATI

SERVIZI ALBERGHIERI E GENERALI (per i servizi a pagamento si indicano le tariffe, valide alla data di redazione del presente documento, salvo aggiornamenti infra anno che saranno prontamente comunicati)

| Tipologia di Servizio | Servizio erogato dalla Rsa | | Frequenza | Servizio compreso nella retta | Servizio non compreso nella retta | Costi |
|-------------------------------------|----------------------------|----|------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| | SI | NO | | | | |
| RISTORAZIONE | | | | | | |
| consulenza nutrizionale | X | | | X | | |
| bevande ai pasti | X | | | X | | |
| bevande fuori pasto | X | | | | X | Distributore automatico |
| spuntino/merenda | X | | quotidiana | X | | |
| pasto visitatore | X | | | | X | € 10,00 |
| SERVIZI GENERALI | | | | | | |
| riscaldamento | X | | | X | | |
| raffrescamento | X | | | X | | |
| condizionamento | X | | | X | | |
| biblioteca | X | | | X | | |
| televisione | X | | | X | | |
| ATTIVITA' RICREATIVE ESTERNE | | | | | | |
| gite | X | | | X | | |
| vacanze estive/invernali | | X | | | | |

AREA SERVIZI SANITARI

LA RSA in attuazione della d.g.r. 7435/2001:

1.eroga, senza ulteriori oneri a carico degli ospiti, l'assistenza medica generica, infermieristica, ritenendosi escluse le prestazioni mediche specialistiche, di diagnostica strumentale nonché quelle relative all'assistenza protesica erogabile nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;



Casa di Riposo
" Gottardo Delfinoni "

Via Palazzo 20 -Casorate Primo-

☎ 02 9056601 📠 02 90059007 🌐 delfinoni@gottardodelfinoni.it

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome 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 | GRAVITA' |
|-------------|-----------------|

(barrare la casella che interessa)

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:



Casa di Riposo
" **Gottardo Delfinoni** "

Via Palazzo 20 -Casorate Primo-

☎ 02 9056601



02 90059007



delfinoni@gottardodelfinoni.it

| | | | | | |
|----------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 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 se: |
|--------------------|-----------|-----------|---------------------------|

| | | | |
|----------------------------|----|----|------------------|
| Lesioni da decubito | NO | SI | Sede: Stadio: |
|----------------------------|----|----|------------------|

| | | | |
|----------------|----|----|--|
| Dialisi | NO | SI | Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi: |
|----------------|----|----|--|

| | | | |
|-----------------------------------|----|----|--|
| Insufficienza respiratoria | NO | SI | O2 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia: |
|-----------------------------------|----|----|--|

| | | | |
|----------------------------------|----|----|-------------------------------------|
| Alimentazione artificiale | NO | SI | SNG: PEG: Parenterale totale: |
|----------------------------------|----|----|-------------------------------------|



Casa di Riposo
" **Gottardo Delfinoni** "

Via Palazzo 20 -Casorate Primo-

☎ 02 9056601 ☎ 02 90059007 🌐 delfinoni@gottardodelfinoni.it

| | | | |
|---|----|----|---|
| Gestione incontinenza | NO | SI | Presidi assorbenti: Ano artificiale Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere: |
| Ausili per il movimento | NO | SI | Bastone e/o deambulatore Carrozzina |
| Protesi | NO | SI | Dentale: Acustica: Occhiali: Altro: |
| Disorientamento tempo/spazio | NO | SI | Note: |
| Vagabondaggio | NO | SI | Note: |
| Agitazione psico-motoria | NO | SI | Note: |
| Inversione ritmo sonno-veglia | NO | SI | Note: |
| Stato nutrizionale insoddisfacente | NO | SI | Obesità: Sottopeso: |
| Allergie a farmaci | NO | SI | Specifica: |
| Allergie ad alimenti | NO | SI | Specifica: |

| |
|------------------------|
| TERAPIA IN ATTO |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE |
|--|

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


Recapito telefonico del Medico _____


Firma del Medico _____




Casa di Riposo
" **Gottardo Delfinoni** "

Via Palazzo 20 -Casorate Primo-

 02 9056601

 02 90059007

 delfinoni@gottardodelfinoni.it

ANAMNESI SOCIALE E FAMILIARE

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____

Scolarità: n° _____ anni di studio Titolo di studio _____

Professioni svolte 1. _____ 2. _____ 3. _____

Stato civile _____ Cognome/Nome coniuge _____

N° figli viventi maschi _____ e loro stato civile _____

N° figli viventi femmine _____ e loro stato civile _____

I parenti abitano: vicino lontano

Condizione abitativa precedente al ricovero (da solo/istituto/con figli/con coniuge) _____

Persone conviventi: _____

Trasferimento da _____ (città) a _____ (città) nel _____

Trasferimento da _____ (città) a _____ (città) nel _____

Amministratore di Sostegno no si Cognome/Nome _____


Eventi avversi negli ultimi mesi no si

(Es. morte parenti prossimi, divorzio/separazione, cambio residenza, sfratto, malattia grave di un familiare)



Casa di Riposo
" **Gottardo Delfinoni** "

Via Palazzo 20 -Casorate Primo-

 02 9056601



02 90059007



delfinoni@gottardodelfinoni.it

INTERESSI

| INTERESSI | SI/NO | BREVE DESCRIZIONE |
|--|-------|---|
| Lettura | | (libri, riviste, quotidiani) |
| Guardare la TV | | (film, varietà, quiz, documentari, sport) |
| Cinema/Teatro | | |
| Ascoltare la musica | | (generi/cantanti preferiti) |
| Giocare a carte o ad altri giochi di società | | |
| Ballare | | |
| Viaggiare | | (dove?) |
| Giardino/orto | | |
| Cucinare | | |
| Cucito, ricamo, maglia, uncinetto | | |
| Bricolage | | |
| Sport | | (cosa?) |
| Animali domestici | | |
| Volontariato | | |
| Altro: | | |

ABITUDINI DI VITA

Attività giornaliere:

Relazioni familiari e amicali:

Abitudini alimentari:

Cura di sé (abbigliamento, acconciatura, aspetto estetico):
