Casa di Riposo
" Gottardo Delfinoni "
Via Palazzo 20 -Casorate Primo-
02 9056601 *02 90059007* *delfinoni@gottardodelfinoni.it*

DOMANDA DI AMMISSIONE

SIG./RA _____

DATA DI PRESENTAZIONE _____

COMUNE di RESIDENZA _____

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____

Via/Piazza _____ n._____

recapiti telefonici:

_____

e mail_____

nella qualità di _____

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA RSA GOTTARDO DELFINONI

POSTI ACCREDITATI e POSTI IN ESERCIZIO:

La RSA è accreditata per N. 67 posti letto a contratto con provvedimento regionale d.g.r. 28 luglio 2010 – n. 9/330; inoltre sono anche a disposizione in regime di esercizio, non accreditati, n. 2 posti letti presso il nucleo Rosa a piano Terra.
La camera che ospita questi due nuovi posti letto è la "2 A".
Agli Ospiti che accederanno alla struttura verrà applicata la retta di € 2.500,00, fintanto che il posto non sarà contrattualizzato. La tempistica non è programmabile.

Di seguito le tariffe in vigore.

- **Posto letto accreditato e contrattualizzato:**
  € 2.083,00 mensile (€ 68,48 giornaliero)

- **Posto letto accreditato, NON contrattualizzato:**
  € 2.500,00 mensile (€ 82,19 giornaliero).

Per i 2 posti letto della camera "2 A", posti non accreditati, i servizi offerti e compresi nella retta sono i medesimi rispetto ai posti accreditati, ad eccezione della fornitura dei farmaci che continueranno ad essere prescritti dal proprio medico di base e la fornitura dei presidi assorbenti.

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

Dati anagrafici dell'ospite

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita_____

residente a _____

Via/Piazza _____ n._____

Stato civile _____ N. figli _____

Documento di identità _____

Codice Fiscale _____

ASL di appartenenza _____

Codice assistito Tessera sanitaria _____

Dati relativi alla richiesta di ammissione dell'ospite

- Provenienza dell'ospite:casa NO SI
- Ricoverato presso: _____
- Beneficiario di buono socio-sanitario NO SI
- Beneficiario di ADI: NO SI
- OSPITE SEGUITO DAI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI RESID. NO SI
  - **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: _____

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

Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto:

- Tipologia: - ordinario, a tempo indeterminato
  - regime di emergenza

- Necessità di ingresso
  - urgente
  - breve termine
  - lungo termine

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

1. Carta di identità valida,
2. Tesserino Codice fiscale,
3. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità,
4. tesserino esenzione ticket,
5. tessera sanitaria.
6. scheda sanitaria allegata
7. Documentazione attestante il riconoscimento invalidità civile

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

1. documentazione relativa alla legge sulla privacy

Data Firma del sottoscrittore

_____ _____

Per ricevuta ed accettazione

RSA GOTTARDO DELFINONI

L'accettazione della presente Domanda di Ammissione è subordinata all'autocertificazione attinente alla capacità diretta o indiretta al pagamento della retta mensile.

In ogni caso, qualora si rendesse necessario l'intervento del Comune di ultima residenza, la Domanda di Ammissione sarà ulteriormente subordinata alla verifica della disponibilità del comune stesso all'integrazione nella misura necessaria al fine di coprire integralmente la retta

PER PRESA VISIONE

……..

PER RICEVUTA

RSA GOTTARDO DELFINONI

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: - ordinario, a tempo indeterminato - regime di emergenza

SI OBBLIGA IN SOLIDO

1. al pagamento della retta mensile

- **Posto letto accreditato e contrattualizzato:**
  € 2.083,000 mensile (€ 68,48 giornaliero)
- **Posto letto accreditato, NON contrattualizzato:**
  € 2.500,00 mensile (€ 82,19 giornaliero).

Agli Ospiti che accederanno alla struttura verrà applicata la retta di € 2.500,00, fintanto che il posto non sarà contrattualizzato. La tempistica non è programmabile.

2. al pagamento della retta con cadenza mensile, tramite BONIFICO BANCARIO (come da prospetto allegato) , entro il giorno 10 di ogni mese.
3. al pagamento di un deposito cauzionale corrispondente a € 2.083,00 che verrà restituito all'atto delle dimissioni dell'ospite.).
4. al pagamento dei servizi non compresi nella retta come indicato nell'allegato Retta della Carta dei Servizi, 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 sia per aggiornamento annuale, sia per variazioni della situazione assistenziale dell'ospite (Classe di appartenenza).

La Carta dei Servizi ed il Regolamento sono disponibili sul sito della Fondazione all'indirizzo www.gottardodelfinoni.it

firma del sottoscrittore _____ Data: _____

Casa di Riposo
" Gottardo Delfinoni "
Via Palazzo 20 -Casorate Primo-
02 9056601 02 90059007 delfinoni@gottardodelfinoni.it

AUTOCERTIFICAZIONE DELLA CAPACITA' REDDITUALE E PATRIMONIALE

(Art. 46 - lettere o) p) q) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____
il _____

residente in _____ Via _____ n. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

5. Di essere a conoscenza che la retta mensile per la RSA CASA DI RIPOSO "GOTTARDO DELFINONI" in vigore è:

Posto letto accreditato e contrattualizzato:
€ 2.083,000 mensile € 68,48 giornaliero)

Posto letto accreditato, NON contrattualizzato:
€ 2.500,00 mensile (€ 82,19 giornaliero).

(*barrare il caso interessato*)

□ Di essere in grado di corrispondere integralmente la retta mensile:

□ Di non essere in grado di corrispondere integralmente la retta mensile e di indicare nel Sig. …….. il garante al pagamento della stessa;

□ Di non essere in grado di corrispondere integralmente la retta mensile, di non poter indicare alcun garante al pagamento della stessa e di comunicare che l'ultimo Comune di residenza è …….
Si da esplicita autorizzazione ad assumere ogni necessaria ed utile informazione presso il comune stesso.

DATA ……. IN FEDE

Il sottoscritto ……..

si conferma e si dichiara garante per il pagamento della retta mensile

del Sig. / Sig.ra ……..…….

nel caso la stessa non fosse in grado assolverla integralmente / parzialmente.

DATA ……. IN FEDE

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 famigliare)

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):

_____

_____

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 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 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.
- ❑ 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 star.e 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

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE
SI PREGA DI ALLEGARE UNA RELAZIONE CIRCA LA STORIA CLINICA DEL PZ

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:

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	02 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
Alimentazione artificiale	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:

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:

BREVE RELAZIONE:
Patologie di cui soffre l'Anziano:

_____
_____
_____
_____
_____

TERAPIA IN ATTO / CON ORARIO DI SOMMINISTRAZIONE

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

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

Recapito telefonico del Medico_____

Firma del Medico _____

OSPITE Sig.ra / Sig. _____

codice fiscale: _____

Oggetto: **Regolamento Generale Protezione Dati Personali** (Regolamento UE.2016/679).

Consenso informato all'OSPITE e alle persone a Lui collegate (*vedi domanda di ammissione*).
La scrivente Fondazione informa che per l'instaurazione e l'esecuzione delle attività assistenziali, verrà in possesso di dati acquisiti anche verbalmente, direttamente o tramite terzi, a Lei relativi. Dati qualificati come personali e sensibili, dalla legge in oggetto.
Con riferimento a tali dati vi informiamo che:

- i dati vengono trattati in relazione alle esigenze assistenziali, per uno specifico piano di cure e/o terapie e per esigenze contrattuali, quindi i dati serviranno ai conseguenti adempimenti degli obblighi amministrativi, legali e terapeutici;
- i dati verranno trattati in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico;
- il conferimento dei dati stessi è obbligatorio per tutto quanto sopra elencato, pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli o rifiuto al successivo trattamento, potrà determinare l'impossibilità della scrivente a dare corso a quanto sopra elencato;
- il mancato conferimento, invece, dei dati che non siano riconducibili ad obblighi assistenziali, terapeutici e/o amministrativi, verrà valutato di volta in volta dalla scrivente e determinerà le conseguenti decisioni rapportate all'importanza dei dati richiesti;
- i dati verranno trattati per tutta la durata dei rapporti assistenziali e contrattuali con Lei instaurati, ed anche successivamente per l'espletamento di tutti gli adempimenti di legge nonché per gli eventuali futuri proseguimenti terapeutici;
- i dati personali idonei a rilevare il Suo stato di salute possono esserLe resi noti, da parte gli esercenti le professioni sanitarie ed organismi sanitari, solo per il tramite di un medico della Fondazione a Lei stesso;
- i referti ambulatoriali e la copia delle cartelle cliniche saranno consegnati a Lei (o ad altra persona da Lei delegata per iscritto e munita della copia del Suo documento d'identità) in busta chiusa del personale amministrativo del Titolare;
- relativamente ai dati medesimi potrete esercitare i vostri diritti come previsto dalla norma in vigore e nei limiti ed alle condizioni previste;

Ferme restando le comunicazioni e diffusioni effettuate in esecuzione di obblighi di legge, i dati potranno essere comunicati in Italia e/o all'estero a:
- suoi famigliari, organi della pubblica amministrazione,
- autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziarie, ordine degli avvocati
- organismi sanitari di controllo, aziende operanti nel settore della sanità, operatori sociali
- liberi professionisti e commercialisti in genere, enti assicurativi, istituti di credito e bancari per i pagamenti

Ogni ipotesi di diversa comunicazione o addirittura, di diffusione dei dati dovrà essere preventivamente autorizzata dall'Ospite e dalle persone a Lui collegate (vedi domanda di ammissione).
Il Titolare del trattamento dei dati è : Fondazione Casa di Riposo Gottardo Delfinoni Via Palazzo, 20 27022 Casorate Primo (PV).
Responsabile del trattamento dei suoi dati sono : Elisabetta Frattini e Patrizia Moretti

Data …… Firma ……..

L'Ospite intestatario della presente e le persone a Lui collegate, dichiarano di aver ricevuto completa informativa ai sensi della normativa vigente e di conoscere i propri diritti, ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili dalla citata legge nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Data …… Ospite ……..
Data …….. Richiedente ……..
Data …… Garante ……..
Data …… Amministratore di sostegno ……
Data …… Medico ……..