

ID utente .....

Data accettazione .....

## DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN RSA

### Generalità della persona che richiede di essere accolta in RSA

Cognome e nome

Sesso M  F

Nato a

Prov.

Il

Cittadinanza

Residente a

Prov.

CAP

Via/Piazza

Codice Fiscale

Tessera sanitaria

Tessera esenz. ticket

Tel.

Stato civile

Celibe/Nubile

Coniugato/a

Separato/a

Divorziato/a

Vedovo/a

*dati sociali*

assegno di accompagnamento (si) - (no)  titolo di studio..... percepisce o no la pensione (si) - (no)

professione all'ingresso in struttura: .....

### Qualifica e Generalità della persona che presenta la domanda

Il sottoscritto presenta la domanda di ammissione in RSA in qualità di :

Soggetto direttamente interessato

Familiare di riferimento

Amministratore di sostegno

Tutore

Curatore

Assistente familiare (badante)

Altro .....

Cognome e nome

Nato a

Prov.

Il

Residente a

Prov.

CAP

Via/Piazza

Codice Fiscale

Telefono 1

Telefono 2

*Qualifica (vedi sopra)*

Telefono 1

Telefono 2

Il sottoscritto, dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato e che, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.).

Firma del richiedente ..... Data .....

## INFORMAZIONI SULL'AUTONOMIA DELLA PERSONA

### **La persona è capace di spostarsi autonomamente dal letto alla sedia e viceversa?**

- No, non è in grado. Richiede la completa assistenza da *due* persone
- E' necessaria la completa assistenza di *una* persona per *tutte* le fasi della manovra
- Per una o più fasi del trasferimento è necessaria l'assistenza di una persona
- Occorre la presenza di una persona, ma solo per infondere fiducia o garantire sicurezza
- E' completamente autonoma

### **La persona è in grado di camminare da solo almeno per 50 metri?**

- No, non è in grado
- E' in grado, ma è necessaria la presenza costante di una o più persone
- Serve aiuto, ma solo per raggiungere il bastone o altri ausili
- E necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
- Sì, percorre almeno 50 metri senza aiuto o supervisione (non importa se con il bastone o un altro ausilio)

### **Se non cammina, è in grado di manovrare da solo la sedia a rotelle?**

- No, non è in grado
- Sì, ma solo per brevi tratti e su superficie piana
- Serve aiuto solo per accostarsi al tavolo o al letto
- Serve aiuto solo negli spazi più angusti
- E' totalmente autonoma

### **La persona è in grado di provvedere da solo alla propria igiene?**

- No, non è in grado. E' completamente dipendente dagli altri
- E' necessario aiutarlo in *tutte* le fasi dell'igiene personale
- E' necessario aiutarlo solo in alcune fasi dell'igiene personale
- E' in grado, ma richiede solo un minimo di assistenza prima o dopo l'operazione da eseguire
- E' completamente autonoma

### **La persona è in grado di alimentarsi autonomamente?**

- No, non è in grado. Va imboccato o è nutrito per altre vie (nutrizione enterale o parenterale)
- Riesce a manipolare una posata, ma è necessaria assistenza attiva per tutto il pasto
- Serve assistenza per gli atti più complicati, come versare il latte o lo zucchero nel thé, aggiungere sale o pepe, imbrattare, rovesciare un piatto
- Serve aiuto solo per tagliare la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli.
- E' completamente autonoma

### **La persona è confusa?**

- Sì, le capacità di pensiero sono completamente destrutturate
- Appare chiaramente confusa e non si comporta, in alcune situazioni, come dovrebbe
- Appare incerta e dubbiosa, ma sembra ancora orientata nel tempo e nello spazio
- La persona è in grado di pensare chiaramente e ha contatti normali con l'ambiente

### **La persona è particolarmente irritabile?**

- Sì, sempre.
- Si irrita facilmente, anche in occasioni o per stimoli che non dovrebbero essere provocatori
- Si irrita solo se provocato e se gli vengono rivolte domande indiscrete
- No, è sempre calma

### **La persona è fisicamente irrequieta?**

- Sì, è incapace di stare fermo anche per brevi periodi di tempo o cammina incessantemente
- E' molto irrequieto: non riesce a stare seduto, contorce le mani, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano
- Si agita, gesticola, ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
- La persona non mostra alcun segno di irrequietezza motoria;

**Motivo della domanda**

- Persona non autonoma       Vive solo       Alloggio non idoneo       Difficoltà familiari  
 Altro (specificare) .....

**Urgenza del ricovero**

- Estrema       Ordinaria       Inserimento in lista di attesa a scopo preventivo

**Tipologia di assistenza**

- Ricovero definitivo       Pronto intervento       Ricovero di sollievo

**La persona attualmente vive presso:**

- |                            |                          |               |                          |                                      |       |
|----------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------------------|-------|
| Abitazione                 | <input type="checkbox"/> | propria       | <input type="checkbox"/> | di terzi (specificarne la proprietà) | _____ |
| Ospedale                   | <input type="checkbox"/> | (specificare) | _____                    |                                      |       |
| Istituto di riabilitazione | <input type="checkbox"/> | (specificare) | _____                    |                                      |       |
| RSA (Casa di riposo)       | <input type="checkbox"/> | (specificare) | _____                    |                                      |       |
| Struttura psichiatrica     | <input type="checkbox"/> | (specificare) | _____                    |                                      |       |
| Altra struttura            | <input type="checkbox"/> | (specificare) | _____                    |                                      |       |
| Altro                      | <input type="checkbox"/> | (specificare) | _____                    |                                      |       |

**Se residente in abitazione**

- Piano .....      Ascensore  SI     NO      Barriere architettoniche  SI     NO  
Riscaldamento       SI     NO      Servizi Igienici       Interni     Esterni  
Giudizio complessivo abitazione     Idonea       Parzialmente idonea     Non idonea

**L'anziano usufruisce attualmente di**

- Invalità civile       SI (% ..... Codice .....)     No     In attesa  
Assegno di accompagnamento       SI     NO     In attesa  
Assistenza Domiciliare Sociale       SI     NO  
Assistenza Domiciliare Sanitaria     SI     NO

**Protesi ed ausili in uso**

- |   |                                    |                              |
|---|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> deambulatore                     | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASL |
| <input type="checkbox"/> carrozzina                       | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASL |
| <input type="checkbox"/> materassino cuscino antidecubito | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASL |
| <input type="checkbox"/> letto ortopedico                 | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASL |
| <input type="checkbox"/> presidio per incontinenza        | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASL |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare)              |                                    |                              |

.....

## ALTRE INFORMAZIONI SOCIALI

<i>Autonomia nelle attività strumentali</i>	<i>Autonomo</i>	<i>Riceve aiuto</i>	<i>Non in grado</i>
1 Uso del telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Fare acquisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Cucinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Pulizia della casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Fare il bucato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Spostarsi con i mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Assumere farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Maneggiare denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'anziano esce di casa?  SI    ( solo     accompagnato)     NO

### *Altre notizie utili al ricovero*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Consenso del richiedente il ricovero per il trattamento dei dati personali (art. 10 legge 675/96)

*Il sottoscritto ....., ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96, acconsente al trattamento dei dati personali sopra indicati al solo scopo dell'inserimento presso una RSA del territorio dell'ASL Monza e Brianza*

Data .....

Firma.....

**Riservato alla Struttura**    Operatore che accoglie la richiesta .....

### *Note*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Informazioni per il medico curante

Gentile collega

Il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio dell'ASL Monza e Brianza. La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai medici di famiglia di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una persona accolta in RSA o in un CDI. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

1	Assente	Nessuna compromissione di organo o sistema
2	Lieve	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente.
3	Moderato	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può essere buona.
4	Grave	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
5	Molto grave	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

- **Ipertensione:** il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;
- **Disturbi vascolari:** comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;
- **Apparato gastroenterico superiore:** comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari
- **Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo:** comprende le lesioni da decubito
- **Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.

Ufficio Anziani ASLMB

**DOMANDA UNICA  
DI INSERIMENTO IN RSA**



**INFORMAZIONI SANITARIE  
(a cura del medico curante)**

*Cognome e nome della persona*

*Nato/a il*

*a*

*Data Compilazione*

**Patologie presenti e giudizio di gravità**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<i>Assente</i>	<i>Lieve</i>	<i>Moderato</i>	<i>Grave</i>	<i>Molto grave</i>
Patologie cardiache					
Ipertensione arteriosa					
Patologie vascolari					
Patologie respiratorie					
Vista, udito, naso, gola, laringe					
Apparato gastroenterico superiore					
Apparato gastroenterico inferiore					
Patologie epatiche					
Patologie renali					
Altre patologie genito-urinarie					
Sistema muscolo-scheletrico e Cute					
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze)					
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici)					
Patologie psichiatrico-comportamentali (incluse le demenze)					

**Problemi clinici prevalenti**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Terapia farmacologica in corso**

.....  
 .....  
 .....

**Allergie a farmaci**

.....  
 .....

**Anomalie del comportamento**

	Si	No
Ansia		
Depressione		
Deliri o allucinazioni		
Agitazione psico-motoria diurna		
Agitazione psico-motoria notturna		
Deambulazione incessante		
Affaccendamento afinalistico		
Inversione del ritmo sonno-veglia		
Aggressività		
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive		

**Altre informazioni sanitarie**

	Si	No
<b>Alimentazione artificiale</b>		
Disfagia – Altri disturbi della deglutizione		
Nutrizione artificiale enterale		
Con sondino naso gastrico		
Con gastrostomia (PEG) o digiunostomia		
Nutrizione parenterale totale		
<b>Terapia dialitica</b>		
Il paziente è in dialisi?		
Dialisi peritoneale automatica o manuale		
Dialisi extracorporea ambulatoriale		
<b>Assistenza respiratoria</b>		
E' presente insufficienza respiratoria?		
Ossigeno occasionalmente		
Ossigeno almeno 6 ore al giorno		
Ossigenoterapia continua		
Tracheostomia		
Ventilazione meccanica invasiva o non invasiva		
<b>Diabete mellito</b>		
Il paziente è affetto da diabete mellito?		
E' trattato con la sola dieta		
Farmaci antidiabetici orali		
Insulina		
<b>Lesioni cutanee</b>		
Il paziente ha ulcere da decubito?		
Sacrali o trocanteriche		
Arti inferiori o altre sedi		
Il paziente ha ulcere vascolari?		
<b>Continenza vescicale o fecale</b>		
Presidi per incontinenza		
Catetere vescicale a permanenza		
Cateterismo intermittente con Nelaton		
Enterostomia, colostomia, ureterocutaneostomia		

Recapiti telefonici del medico curante

.....  
.....

Timbro e firma del medico