

DOMANDA DI AMMISSIONE

La/Il sottoscritta/o

oppure

La/Il sottoscritta/o

in qualità di della sig.ra / del sig.

Residente a

Via n°

Recapiti telefonici

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO IL CENTRO

FONDAZIONE FILIPPO TURATI ONLUS-CENTRO SOCIO SANITARIO DI GAVINANA

VIA F. TURATI N°86-LOC.GAVINANA-51028 SAN MARCELLO P.SE

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



DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA INTERESSATA ALL'AMMISSIONE

Nome Cognome

Data di nascita Luogo di nascita

Residente a

Via n°

Recapiti telefonici

Stato civile n. figli

Documento di identità Codice fiscale

A.S.L. di appartenenza Tessera sanitaria

Dati relativi alla richiesta di ammissione

Provenienza della persona: casa NO SI

Convenzioni: beneficiario di buono socio sanitario NO SI
..... beneficiario di A.D.I. / voucher NO SI

Ricoverato presso:

Motivo dell'ingresso:

Hobby, interessi, passioni:

Abitudini personali:

Dati anagrafici del garante individuato per il pagamento

Nome Cognome

Grado di parentela

Data di nascita Luogo di nascita

Residente a

Via n°

Recapiti telefonici

E-mail Codice fiscale

Altri referenti per la persona da contattare

Nome Cognome

Grado di parentela

Data di nascita Luogo di nascita

Residente a

Via n°

Recapiti telefonici

E-mail Codice fiscale

Nome Cognome

Grado di parentela

Data di nascita Luogo di nascita

Residente a

Via n°

Recapiti telefonici

E-mail Codice fiscale

Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesta

■ Tipologia a tempo determinato per n. mesi

a tempo indeterminato

■ Necessità di ingresso: urgente breve termine lungo termine

Elenco dei documenti da presentare al momento dell'ingresso

1. Fotocopia della carta d'identità

2. Fotocopia del codice fiscale/tessera sanitaria

3. Scheda sanitaria allegata da compilare in tutti i suoi campi a cura del Medico Curante

4. Tesserino esenzione ticket (X)

5. Fotocopia del verbale o della domanda di invalidità e, se avente diritto, del documento attestante la fornitura tramite ASL dei presidi per l'assorbimento (X)

6. Foto digitale/fototessera se in vostro possesso (X)

I documenti contrassegnati con la X sono da presentare prima dell'ingresso

Data

.....
Firma

Per ricevuta ed accettazione:

.....
Firma referente Fondazione Turati

Informativa e consenso al trattamento dei miei dati personali

In base a quanto disposto dall'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), sono informato circa il trattamento dei miei dati personali, ed in particolare che:

- a) la finalità del trattamento è la valutazione per l'inserimento in R.S.A. e le procedure amministrative inerenti all'esplicitamento delle pratiche di ricovero; i dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici;
- b) il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;
- c) i dati raccolti verranno comunicati ai Servizi competenti della locale A.S.L. e della Regione esclusivamente per la finalità di assolvimento del debito informativo a cui la Struttura in quanto accreditata è tenuta;
- d) potranno essere esercitati i diritti di accesso ai propri dati, di cui all' art. 13 Reg. Eu 2016/679 (GDPR);
- e) il titolare del trattamento è la struttura sopra indicata.

Data

.....
Firma leggibile

DOMANDA DI AMMISSIONE

SCHEDA SANITARIA

**RELAZIONE ASSISTENZIALE
(da compilarsi da parte del Medico Curante)**

Cognome e Nome dell'assistito

Data di nascita Data di compilazione

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
- È 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 provvedere 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
- È 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 viso, 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 tagliare 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

IRRITABILITÀ

- 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

<p>Incontinenza</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Solo urinaria <input type="checkbox"/> Solo fecale <input type="checkbox"/> Doppia 	<p>Gestione incontinenza</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Presidi assorbenti <input type="checkbox"/> Ano artificiale <input type="checkbox"/> Catetere 	<p>Ausili per il movimento</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bastone/deambulatore <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Nessuno 	<p>Lesione da decubito</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sede: <input type="checkbox"/> Stadio: 				
<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="89 1756 304 1937"> <p>Alimentazione artificiale</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG </td> <td colspan="3" data-bbox="304 1756 1489 1937"> <p>Protesi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dentale <input type="checkbox"/> Acustica <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Altro: </td> </tr> </tbody> </table>				<p>Alimentazione artificiale</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG 	<p>Protesi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dentale <input type="checkbox"/> Acustica <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Altro: 		
<p>Alimentazione artificiale</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG 	<p>Protesi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dentale <input type="checkbox"/> Acustica <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Altro: 						



Allergie ad alimenti

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

Anamnesi remota

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

Anamnesi attuale

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

Pregressi ricoveri ospedalieri

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

Vaccinazioni effettuate/copia libretto vaccinale (da allegare)

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

FATTORI DI RISCHIO PER INFEZIONI

La Fondazione Turati, al fine di rendere efficaci gli interventi per prevenire e contenere la diffusione delle infezioni CRE (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae), le chiede di segnare se e quali condizioni di rischio, tra quelle sottoelencate, si sono verificati:

- Precedente infezione o colonizzazione da CRE
- Contatti noti con altri pazienti colonizzati o infetti da CRE
- Pazienti assistiti dalla stessa equipe di un paziente risultato infetto o colonizzato da CRE (inclusi i pazienti della stessa stanza, reparto)
- Degenza di almeno 24 ore in ospedali, strutture riabilitative, cure intermedie, RSA nei precedenti 12 mesi
- Emodializzati
- Pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia addominale, anche in regime di Day surgery, nei 12 mesi precedenti
- Pazienti che hanno ricevuto chemioterapia e.v. nei 12 mesi precedenti

Laddove sia presente uno dei sopracitati fattori di rischio si raccomanda l'esecuzione di tampone rettale non antecedente ai 3mesi prima dell'ingresso in Struttura.

TERAPIA IN ATTO

IMPORTANTE: al fine di evitare errori di terapia e facilitare il trattamento farmacologico del nuovo ospite si prega di compilare la scheda terapia allegata alla presente domanda di ammissione

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Allergie a Farmaci

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Recapito telefonico del Medico

.....

.....

Timbro e Firma del Medico



Scheda n° _____
LATO A _____

Mese _____

NOME e COGNOME _____

MMGG DR _____

ALLERGIE _____

ORA	SOMMINISTRAZIONE TERAPIA																																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
8.00																																			
11.00																																			
12.00																																			
14.00																																			
15.00																																			
18.00																																			
20.00																																			
22.00																																			
Terapia																																			
Condizionata																																			

LEGENDA: Mancata somministrazione: ES: SINFUO V: VIGILATO A: ASSISTENZA PD: DOGGIATO G: GAZZI SOMMINIF

Data inizio terapia	NOTE ¹	TERAPIA ORALE										PRESCRIZIONE TERAPIA						TIMORIO E FIRMA DEL MEDICO	DATA FINE TERAPIA	FIRMA DEL MEDICO																
		8	11	12	14	16	18	20	22	8	11	12	14	16	18	20	22																			

¹NOTE Legenda prescrizione: A = farmaco autogestito L = farmaco LASA PT = prescrizione telefonica / e-mail / fax P = Periodica



Scheda n° _____

LATO **B**

NOME e COGNOME _____

MMG DR _____

ALLERGIE _____

Data inizio terapia	NOTE ¹	TERAPIA SOTTOCUTANEA	8	11	12	14	16	18	20	22	TIMBRINO E FIRMA DEL MEDICO	DATA FINE TERAPIA	FIRMA DEL MEDICO
Data inizio terapia	NOTE ¹	TERAPIA INTRAMUSCOLARE											
Data inizio terapia	NOTE ¹	TERAPIA ENDOVENOSA											
Data inizio terapia	NOTE ²	NUTRIZIONE											
Data inizio terapia	NOTE ³	ALTRO											
Data inizio terapia		TERAPIA CONDIZIONATA											

¹NOTE Legenda prescrizione: A = farmaco autogestito L = farmaco LASA PT = prescrizione telefonica / e-mail / fax P = Periodica