



## **RICHIESTA INFORMAZIONI PER L'INGRESSO IN FORMA PRIVATA AL CENTRO SOCIO SANITARIO DI GAVINANA**

**Nome e cognome della persona che accede al Centro:** .....

Data di nascita .....Luogo di nascita .....

Residente a ..... Via ..... N° .....

Recapito telefonico ..... E-mail .....

Nome della struttura di provenienza .....

### **OPPURE**

**Nome e cognome della persona richiedente l'ingresso, con il consenso dell'interessato all'ammissione:**

.....

In qualità di ..... della Sig.ra/del Sig.re .....

Residente a ..... Via ..... N° .....

Recapito telefonico ..... E-mail .....

Nome della struttura di provenienza .....

### **Altri referenti della persona da contattare:**

- Nome e cognome .....

Grado di parentela ..... Recapito telefonico .....

E-mail .....

- Nome e cognome .....

Grado di parentela ..... Recapito telefonico .....

E-mail .....

### **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. Tesserino esenzione ticket
4. Scheda sanitaria allegata da compilare in tutti i suoi campi a cura del Medico Curante
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
6. Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici)

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 nel Centro socio sanitario di Gavinana e le procedure amministrative inerenti all'espletamento 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) .....



## Informazioni sull'assistito

### Per i trasferimenti:

- sono necessarie due persone;
- è necessaria una persona;
- è necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia;
- è indipendente.

### In caso di paziente in carrozzina:

- dipendente per la locomozione;
- avanza da solo per brevi tratti;
- è necessaria una persona per accostarsi al tavolo o al letto e nei tratti difficoltosi;
- è autonomo

### Per alimentarsi:

- deve essere imboccato;
- riesce a manipolare una posata ma necessita comunque di aiuto;
- necessità di assistenza solo per i gesti più complicati;
- è indipendente fatta eccezione per operazioni come tagliare la carne o aprire confezioni;
- è indipendente

### Irritabilità:

- si irrita per qualsiasi motivo;
- non sempre è in grado di controllare la sua irritabilità;
- mostra raramente segni di irritabilità;
- è calmo

### Ausili per il movimento:

- Bastone
- Rollator
- Carrozzina

### Per la deambulazione:

- è necessaria la presenza di una o più persone;
- è necessario l'aiuto di una persona per raggiungere e manovrare gli ausili;
- è autonomo ma necessita di supervisione;
- è autonomo

### Nell'igiene personale:

- è dipendente in tutto;
- è dipendente solo per alcuni aspetti dell'igiene personale (doccia, igiene intima);
- è autonomo ma richiede un minimo di assistenza (pettinarsi, lavarsi i denti, radersi);
- è autonomo

### Confusione:

- è totalmente confuso;
- è confuso solo in determinate situazioni;
- appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo;
- è in grado di pensare chiaramente

### Irrequietezza:

- è sempre in movimento, non sta mai fermo;
- si muove o tocca oggetti durante la conversazione;
- raramente mostra segni di irrequietezza;
- è normalmente attivo

### Protesi:

- dentale;
- acustica;
- occhiali;
- altro.....



## SCHEDA SANITARIA (da compilarsi da parte del Medico Curante)

Cognome e nome dell'assistito .....

Data di nascita ..... Data di compilazione .....

Recapito telefonico ed e-mail del Medico.....

### Allergie ad alimenti o farmaci:

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

### Anamnesi remota:

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

### Anamnesi attuale:

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

### Pregressi ricoveri ospedalieri:

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

### Altre informazioni:

#### incontinenza

- ☐ Assente
- ☐ Fecale
- ☐ Urinaria
- ☐ Doppia
- ☐ Catetere

#### alimentazione artificiale

- ☐ SNG
- ☐ PEG

#### lesioni da decubito

- ☐ Sede: .....
- ☐ Grado: .....



## 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 indicare se e quali condizioni di rischio tra le seguenti si sono verificate:

- precedente infezione o colonizzazione da CRE;
- contatti noti con altri pazienti colonizzati o infetti CRE;
- pazienti assistito dalla stessa equipe di un paziente risultato infetto o colonizzato CRE;
- degenza di almeno 24 ore in ospedale, struttura riabilitativa, 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.

Se presente uno dei sopracitati fattori di rischio si raccomanda l'esecuzione di tampone rettale non antecedente ai 3 mesi dall'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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Timbro e Firma del Medico

[illegible]

LEGENDA Mancata presentazione in RIUNITO Votante Assenteza Presenza O-PART. SOMMA RI

[illegible]

<sup>3</sup>NOTE Legenda prescrizione: A = farmaco autogestito L = farmaco LASA PT = prescrizione telefonica / e-mail / fax P = Periodica

