

SCHEDA INGRESSO RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

IL RICHIEDENTE:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ (PROV. DI _____) IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N° _____

CODICE FISCALE _____

DOCUMENTO D'IDENTITA' N. _____ RILASCIATO A _____

IL _____ DATA DI SCADENZA _____

RECAPITO TELEFONICO _____

MAIL _____

IN QUALITA' DI:

- DIRETTO INTERESSATO
- FAMILIARE (SPECIFICARE PARENTELA _____)
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE/SOGGETTO CHE ESERCITA LA PROTEZIONE GIURIDICA (NOMINATIVO _____)
- ALTRO _____

CHIEDE L'INGRESSO IN RSA DEL/DELLA SIG./SIG.RA

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ (PROV. DI _____) IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N° _____

CODICE FISCALE _____

DOCUMENTO D'IDENTITA' N. _____ RILASCIATO A _____

IL _____ DATA DI SCADENZA _____

CITTADINANZA _____

STATO CIVILE:

- CONIUGATO
- VEDOVO/A
- SEPARATO/A
- DIVORZIATO/A
- CELIBE/NUBILE
- FIGLI MASCHI N. _____
- FIGLIE FEMMINE N. _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE _____

RECAPITI TEL. _____ EMAIL _____

ATTUALMENTE LA PERSONA SI TROVA:

- DOMICILIO
- OSPEDALE
- CURE INTERMEDIE/RIABILITAZIONE
- STRUTTURA PSICHIATRICA
- RICOVERO SOLVENTE
- ALTRO: _____

GRADO DI ISTRUZIONE:

- ANALFABETA
- ELEMENTARI
- MEDIE
- DIPLOMA
- LAUREA

PROFESSIONE DELL'OSPITE:

- PRECEDENTE: _____
- ATTUALE: _____

SITUAZIONE PENSIONISTICA:

- NESSUNA
- ANZIANITA' / VECCHIACIA
- SOCIALE
- TIPO SPECIALE (GUERRA, INFORTUNIO SUL LAVORO, ECC...)
- REVERSIBILITA'
- INVALIDITA'
- DUE O PIU' TIPOLOGIE DI PENSIONE
- ALTRO: _____

TUTELA:

- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- TUTORE

NOME E COGNOME: _____ QUALIFICA (FIGLIO O ALTRO): _____

RECAPITI: _____

PERSONE DI RIFERIMENTO:

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	TELEFONO	MAIL

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- CARTA DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL RICHIEDENTE E DELL'INTERESSATO
- TESSERA SANITARIA DEL RICHIEDENTE E DELL'INTERESSATO
- ALLEGATO 1 COMPILATO E FIRMATO DAL MEDICO CURANTE o DAL MEDICO DELLA STRUTTURA OSPITANTE (obbligatorio)
- COPIA VERBALE INVALIDITA' CIVILE / HANDICAP
- COPIA ESENZIONI
- COPIA VERBALE DI ACCOMPAGNAMENTO
- COPIA ATTO DI NOMINA AMMINISTRATORE di SOSTEGNO/TUTORE (da presentare all'ingresso)
- DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE (ULTIMI 6 MESI) (da presentare all'ingresso)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La **FONDAZIONE CASA DI RIPOSO DI ROBECCO D'OGLIO ONLUS**, in qualità di **Titolare del trattamento dei dati personali**, ex artt. 12, 13 e 14 del Reg. UE 2016/679, la informa che, nell'esercizio della propria attività, ai sensi delle D.G.R. Lombardia n. 2569/2014 e DGR RL XI/3226 del 09/06/2020, raccoglierà e tratterà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici i Suoi dati personali e relativi alla salute con finalità di tutela della salute e per lo svolgimento di attività amministrative correlate alle prestazioni di erogazione di servizi sociosanitari e socioassistenziali, di cui alla presente la domanda di ammissione al ricovero.

• SCOPI DEL TRATTAMENTO E LEGITTIMI INTERESSI PERSEGUITI

Attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza socio sanitaria e socioassistenziale della domanda di ammissione al ricovero, anche ai fini della trasmissione elettronica o comunicazione dei dati agli enti istituzionali competenti, nei limiti di quanto previsto da norme e regolamenti europei, statali e regionali vigenti.

• RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il responsabile della protezione dei dati è l'Avvocato Fadenti Anna.

• MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati avverrà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici.

La protezione dei dati è garantita dall'adozione di misure di sicurezza finalizzate a consentire l'accesso e l'utilizzo dei dati ai soli operatori autorizzati al fine di garantire lo svolgimento delle attività amministrative correlate agli scopi di tutela della salute previsti dalla normativa regionale di settore per cui ha presentato la domanda di ammissione. Il trattamento dei dati avviene garantendo i requisiti di sicurezza previsti per legge e previa adozione di misure e di accorgimenti che favoriscono la protezione continua e il costante miglioramento.

• PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati trattati e resi a seguito della presentazione della domanda di ammissione al ricovero fatti salvi gli eventuali obblighi di legge di volta in volta vigente, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per cui sono stati raccolti o successivamente trattati, quindi, non più di un anno; all'esito del trattamento saranno conservati secondo quanto previsto dalle normative di riferimento.

• NATURA DEL CONFERIMENTO

L'interessato o chi lo rappresenta (amministratore di sostegno, tutore, curatore, procuratore generale, familiare) è tenuto a conferire obbligatoriamente i dati indispensabili al perseguimento delle finalità di cui al punto 1. lett. a., al fine di poter ottenere la/le prestazione/i richiesta/e.

• CONSEGUENZE DEL MANCATO CONFERIMENTO DEI DATI O DEL MANCATO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E RELATIVI ALLA SALUTE

Il mancato conferimento dei dati richiesti o il mancato consenso al trattamento per le finalità di tutela della salute, di cui al punto 1 lett. a., rende impossibile l'accesso in R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale), per cui s'informa che in caso di diniego al trattamento la Fondazione non potrà prendere in considerazione la domanda di ammissione al ricovero ed erogare le prestazioni richieste dall'interessato; se ciò accade durante l'anno di validità della domanda di ammissione, il rapporto dovrà necessariamente terminare.

• CONOSCIBILITÀ DEI DATI

I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute non possono essere diffusi. I dati di salute sono trattati dal personale appositamente incaricato, che opera sotto il controllo del titolare e dei responsabili, e possono essere comunicati, per finalità di tutela della salute, previo consenso dell'interessato, ai seguenti soggetti:

- ✓ Organismi sanitari pubblici e privati
- ✓ Aziende che operano sull'ospite sia per l'assistenza che per la ristorazione
- ✓ A.T.S. della Val Padana, Regione Lombardia, Enti Locali

I dati di salute e i dati amministrativi correlati possono essere comunicati - sempre previo consenso - a familiari, prossimi congiunti o terzi legittimati, espressamente indicati e identificati dall'interessato nella domanda di ammissione.

• EVENTUALE TRASFERIMENTO TRANSFRONTALIERO DEI DATI

La modalità non è prevista; qualora il DATA CENTER esterno dovesse comunicare lo spostamento parziale o totale dei dati trattati in un paese extra UE, sarà necessario garantire l'osservanza delle misure tecniche ed organizzative imposte dal Regolamento UE 2016/679.

• PROFILAZIONE

Si ricorda che qualora la domanda di ammissione sarà selezionata all'ingresso in R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale) è obbligo gravante sull'erogatore effettuare una profilazione dell'ospite all'interno delle c.d. "Classi SOSIA" mediante processi decisionali informatizzati secondo la normativa regionale vigente per inquadrare la tariffa sanitaria da riconoscere al Titolare.

• DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato ha il diritto di accesso ai dati personali in ogni momento, può chiederne la rettifica, qualora non corretti o non aggiornati, chiedere la cancellazione dei dati ad esclusione di quelli richiesti per legge, può chiedere la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano. L'interessato ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano. Il titolare del trattamento si astiene dal trattare ulteriormente i dati personali salvo che egli dimostri l'esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria. L'interessato non può opporsi al trattamento dei dati sanitari perché hanno conservazione illimitata.

La portabilità dei medesimi dati non è possibile per i medesimi motivi. L'interessato può, invece, chiedere copia dei dati per portarli con sé o trasferirli ad altro Titolare.

L'interessato ha, altresì, il diritto alla revoca del consenso al trattamento dei dati in qualsiasi momento, consapevole che la conseguenza comporterà che la Fondazione non potrà prendere in considerazione la domanda di ammissione al ricovero ed erogare le prestazioni richieste dall'interessato; se ciò accade durante l'anno di validità della domanda di ammissione, il rapporto dovrà necessariamente terminare, fermi in ogni caso gli obblighi di legge in capo al Titolare riguardo la conservazione dei dati acquisiti. L'interessato ha il diritto di proporre reclamo ad una autorità di controllo.

Il contenuto e il significato di legge dei predetti diritti sono a disposizione sul sito internet istituzionale della R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale) allegati alla informativa.

Luogo e data: _____ Firma richiedente _____

ALLEGATO 1

RELAZIONE SANITARIA PER L'INGRESSO IN RSA

A CURA DEL MEDICO MEDICINA GENERALE MEDICO STRUTTURA OSPITANTE

SIG./SIG.RA _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

ESENZIONI _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

PATOLOGIE _____

TERAPIA FARMACOLOGICA

FARMACO	DOSAGGIO	POSOLOGIA

ALLERGIE AI FARMACI: SI NO

Se si, quali: _____

ALTRI TRATTAMENTI:

Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo _____
Dialisi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale	
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc)		

GESTIONE DELLA TERAPIA:

- AUTONOMO
- CON AIUTO
- TOTALMENTE DIPENDENTE

NOTIZIE ANAMNESTICHE SIGNIFICATIVE:

LA PERSONA HA EFFETTUATO LE SEGUENTI VACCINAZIONI:

- INFLUENZA: SI NO Data Vaccinazione: _____
- ANTIPNEUMOCOCCICA: SI NO Data Vaccinazione: _____
- SARS COV 2: SI NO Data Ultima Vaccinazione: _____
N. dosi somministrate: _____
- ALTRO _____

DEFICIT SENSORIALI

Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cecità assoluta <input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Corretta con protesi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sordità assoluta <input type="checkbox"/> SI

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)
Diagnosi di demenza nota	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, QUALE.....
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale		
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia		
Vagabondaggio /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:		
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso		
Tabagismo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso		
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso Di che tipo:		
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, di che tipo:		
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data: / /		
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:		
Eventuali note e osservazioni:			

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento		
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	Protesi:	<input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
		Scheletrato:	<input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Addensanti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:		
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG	Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale
Peso corporeo: kg	Altezza: cm		
Intolleranze/Allergie	<input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:		

SCALA BARTHEL

Attività	Punteggio	
Alimentazione	0	dipendente
	5	necessita di assistenza (es: tagliare il cibo)
	10	indipendente
Vestirsi / Svestirsi	0	dipendente
	5	necessita aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole
	10	indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni
Igiene personale	0	dipendente
	5	si lava la faccia e i denti, si pettina, si rade (inserisce la spina del rasoio)
Fare il bagno / doccia	0	dipendente
	5	indipendente
Controllo sfinterico intestinale	0	incontinente
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
Controllo sfinterico vescicale	0	incontinente
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
Spostamenti Trasferimento sedia- letto	0	dipendente, non ha equilibrio da seduto
	5	in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi
	10	minima assistenza e supervisione
	15	indipendente
Utilizzo della toilette	0	dipendente
	5	necessita qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/sgestirsi o usare carta igienica
	10	indipendente con l'uso del bagno o della padella
Mobilità Deambulazione su terreno piano	0	immobile
	5	indipendente con la carrozzina per > 45m
	10	necessita aiuto per > 45m
	15	indipendente per > 45m (può usare ausili, es. bastone, ma non girello)
Salire o scendere le scale	0	dipendente
	5	necessita di aiuto o supervisione
	10	indipendente, può usare ausili

PUNTEGGIO _____/100

INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

Indicare l'indice di severità:

[1] assente [2] lieve [3] moderato [4] grave [5] molto grave

1. Patologie cardiache (solo cuore)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3. Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4. Patologie respiratorie (a partire dalla laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5. O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. Apparato G.L. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. Apparato G.L. inferiore (intestino, ernie)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8. Patologie epatiche (solo fegato)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9. Patologie renali (solo rene)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10. Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11. Sistema muscolo-scheletrico-cute	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12. Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico: non include la demenza)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13. Patologie endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14. Patologie psichiatriche-comportamentali (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Indice di severità _____

Indice di comorbilità _____

ASSISTENZA RESPIRATORIA:

- NESSUNA
- OSSIGENOTERAPIA SI NO FLUSSO (litri/minuto): _____ PER QUANTE ORE/DIE _____
- TRACHEOTOMIA SI NO
- VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA SI NO
- VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA SI NO

LESIONI CUTANEE: SI NO

Se si, specificare:

- Lesioni da decubito: Sede _____
Stadio _____
- Altro: _____: Sede _____
Stadio _____

MINIZIONE ED EVACUAZIONE

- UTILIZZO PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA SI NO
- PORTATORE DI CATETERE VESCICALE SI NO
- ILEOSTOMIA/COLOSTOMIA SI NO

LA PERSONA E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE E PUO' VIVERE IN COMUNITA'? SI NO

EVENTUALI NOTE:

Luogo e Data _____

Firma e timbro del medico
