



DOMANDA D'INGRESSO

Domanda di ingresso per la Struttura:

“Serena Senectus” – **Sessano del Molise**

“SS. Cuori di Gesù e Maria” – **Bojano**

Dati ospite/assistito:

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale: _____ Sesso: M F

Stato civile: celibe/nubile coniugato/a separato/a divorziato/a vedovo/a

Residenza:

Comune: _____ Indirizzo: _____

Attuale collocazione:

al proprio domicilio presso familiari altra struttura presso l'ospedale di _____

Persona che richiede l'inserimento in struttura:

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

In qualità di: Amministratore di Sostegno Tutore/Curatore Familiare/Caregiver _____

Residente in _____ indirizzo _____

C.F. _____ tel/cell _____

E_mail _____

Tempistica di inserimento:

urgente ordinaria inserimento in lista d'attesa a scopo preventivo

Motivo della domanda:

stato di salute problemi familiari condizioni abitative trasferimento da altra struttura

solitudine alloggio non adeguato altro _____



DOMANDA D'INGRESSO

Tipo di ospitalità: tempo indeterminato dal _____ temporanea dal _____ al _____

Reazione al ricovero: consenziente indifferente non è in grado di decidere contrario

Persona di riferimento da contattare in caso di necessità:

Cognome: _____ Nome: _____

Residente a _____ indirizzo _____

Grado di parentela _____ e-mail _____

Tel/cell _____ altri recapiti _____

Medico curante (MMG)

Dott. _____ Tel. _____ Cell _____

E-mail _____ Indirizzo ambulatorio _____

Situazione familiare:

vive solo (da quanto tempo _____)

vive con: coniuge figlio/a badante altro _____

Scolarità:

licenza elementare licenza medie inferiori licenza medie superiori laurea in _____

Attività lavorativa: _____

Credo religioso: _____

Ama stare in compagnia: SI NO

Interessi e hobbies: _____

Dichiarazione di non autosufficienza: Si No

Convenzionato con ASREM: No ha presentato richiesta Si dal _____ al _____

Usufruisce di Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria (ADI) Si No

Invalidità civile: Si (_____% codice _____) No Ha presentato la domanda è in attesa di visita

E' stato/a sottoposto/a a visita in data _____ in attesa di esito

Assegno di accompagnamento Si No In attesa

Ha presentato domanda di aggravamento



DOMANDA D'INGRESSO

L'anziano/a esce di casa?

No Si Se si, solo accompagnato

Tende ad allontanarsi senza preavviso?

No Si

Com'è venuto a conoscenza della Struttura:

Direttamente Passaparola MMG Pubblicità Internet Associazioni Altro _____

Altre notizie utili all'ingresso:

Data:/...../.....

Firma del richiedente/contraente: (firma chiara e leggibile)

DOMANDA D'INGRESSO

Sez. a cura del richiedente o del medico curante

<p>Stato di coscienza</p> <p><input type="checkbox"/> Vigile <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Coma</p> <p><input type="checkbox"/> Orientato T/S</p> <p><input type="checkbox"/> Parz. orient. T/S</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente disorientato T/S</p>	<p>Memoria</p> <p><input type="checkbox"/> Completamente compromessa</p> <p><input type="checkbox"/> Memoria remota conservata</p> <p><input type="checkbox"/> Memoria remota compromessa</p> <p><input type="checkbox"/> Memoria recente conservata</p> <p><input type="checkbox"/> Memoria recente compromessa</p> <p><input type="checkbox"/> Memoria completamente conservata</p>	<p>Comunicazione/comprendione</p> <p><input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Buona</p> <p><input type="checkbox"/> Solo ordini semplici</p> <p><input type="checkbox"/> Esprime i suoi bisogni principali</p> <p>Linguaggio</p> <p><input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Afasico <input type="checkbox"/> Disartrico</p>
<p>Disturbi della vista</p> <p>Cecità: <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX</p> <p>Ipovedente: <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX</p> <p>Normale <input type="checkbox"/></p> <p>Con lenti <input type="checkbox"/></p>	<p>Disturbi dell'udito</p> <p>Sordità <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX</p> <p>Ipoacusico <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX</p> <p>Integro <input type="checkbox"/></p> <p>Corretto con protesi <input type="checkbox"/></p>	<p>Disturbi del linguaggio e della comunicazione</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sì (di che tipo) _____</p>
<p>Disturbi del comportamento</p> <p><input type="checkbox"/> Deliri <input type="checkbox"/> Allucinazioni <input type="checkbox"/> Ansia</p> <p><input type="checkbox"/> Aggres. fisica o Aggres. verbale</p> <p><input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> Depressione</p> <p><input type="checkbox"/> Irritabilità</p> <p><input type="checkbox"/> Comportamento motorio ripetitivo</p> <p><input type="checkbox"/> Disturbi dell'alimentazione</p>	<p>Agitazione</p> <p><input type="checkbox"/> Frequente</p> <p><input type="checkbox"/> di giorno</p> <p><input type="checkbox"/> di notte</p> <p><input type="checkbox"/> Moderato/Occasionale</p> <p><input type="checkbox"/> di giorno</p> <p><input type="checkbox"/> di notte</p> <p><input type="checkbox"/> Tranquillo</p>	<p>Cammino a finalistico</p> <p><input type="checkbox"/> Frequente</p> <p><input type="checkbox"/> di giorno</p> <p><input type="checkbox"/> di notte</p> <p><input type="checkbox"/> Moderato/Occasionale</p> <p><input type="checkbox"/> di giorno</p> <p><input type="checkbox"/> di notte</p> <p><input type="checkbox"/> Assente</p>
<p>Equilibrio</p> <p><input type="checkbox"/> stabile <input type="checkbox"/> instabile</p> <p>Presenta controllo del tronco</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì</p> <p>Presenta controllo del capo</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì</p>	<p>Cadute ricorrenti</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì</p> <p>Numero cadute nell'anno _____</p> <p><i>(anche senza conseguenze traumatiche)</i></p>	<p>Sonno notturno</p> <p><input type="checkbox"/> Regolare</p> <p><input type="checkbox"/> Disturbi del sonno:</p> <p><input type="checkbox"/> Insonnia con risvegli frequenti</p> <p><input type="checkbox"/> Addormentamento tardivo</p> <p><input type="checkbox"/> Risveglio precoce</p>
<p>Alimentazione</p> <p><input type="checkbox"/> Indipendente</p> <p><input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente dipendente</p> <p>Diabetico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì</p> <p>Insulino dipendente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì</p> <p>Celiaco <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì</p> <p>Segue una dieta particolare</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (se sì, specificare quale)</p> <p>_____</p>	<p>Deglutizione</p> <p><input type="checkbox"/> Regolare</p> <p><input type="checkbox"/> Disfagia totale</p> <p><input type="checkbox"/> Disfagia per i liquidi</p> <p><input type="checkbox"/> Disfagia per i solidi</p> <p><input type="checkbox"/> Affetto da edentulia</p> <p><input type="checkbox"/> Protesi dentale fissa</p> <p>PESO _____ kg</p> <p>ALTEZZA _____ cm</p>	<p>Nutrizione artificiale</p> <p><input type="checkbox"/> Nessuna</p> <p><input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> PICC</p> <p>Integrazione nutrizionale</p> <p><input type="checkbox"/> Nessuna</p> <p><input type="checkbox"/> Per bocca</p> <p><input type="checkbox"/> Endovena</p>



DOMANDA D'INGRESSO

<p>Autonomia nel movimento</p> <input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente <input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente (cammina con l'aiuto di qualcuno o con ausili) <input type="checkbox"/> Allettato	<p>Utilizzo ausili per la deambulazione</p> <input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore/girello <input type="checkbox"/> Altro	<p>Spostamento con carrozzina</p> <input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente (può avanzare solo per brevi tratti) <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente
<p>Trasferimento letto-sedia</p> <input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (con 2 operatori o con sollevatore) <input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente (necessita dell'aiuto di un operatore)	<p>Autonomia nell'igiene personale</p> <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale	<p>Autonomia nella vestizione</p> <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente <input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente <input type="checkbox"/> Indipendente
<p>Autonomia nell' utilizzo del wc</p> <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale <p>Incontinenza sfinterica:</p> <input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Inc. Urinaria <input type="checkbox"/> Inc. Fecale <input type="checkbox"/> Inc. Doppia <input type="checkbox"/> Utilizza il catetere	<p>Presidi per incontinenza</p> <input type="checkbox"/> Utilizza pannolone <p>Tipologia: _____</p> <p>Taglia: _____</p> <p>Pannoloni forniti da ASL</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Se si, quanti _____	<p>Ausili: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Personali <input type="checkbox"/> Forniti dall' ASL</p> <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Letto <input type="checkbox"/> Cuscino antidecubito <input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/> Materasso antidecubito <input type="checkbox"/> Altro: _____

COVID - 19

INFEZIONE IN ATTO NO SI

VACCINATO NO SI NUMERO DI DOSI _____ DATA ULTIMA DOSE ____/____/____

SE HA CONTRATTO IL COVID-19 DI RECENTE, INDICARE DATA AVVENUTA GUARIGIONE: ____/____/____

N.B. AL MOMENTO DEL RICOVERO OCCORRE CONSEGNARE REFERTO TAMPONE NEGATIVO EFFETTUATO NELLE ULTIME 48 ORE

Data:/...../.....

Firma del richiedente/contraente

Timbro e firma del MMG.....


DOMANDA D'INGRESSO

(sez. a cura del medico curante)

Notizie cliniche e stato di salute generale	Malattie infettive contagiose in atto tali da controindicare la vita in comunità
	<input type="checkbox"/> Non note
	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si (specificare) _____
	Portatore di pacemaker:
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si dal _____
	Se si, in caso di ricovero, occorre fornire copia del tesserino
	Piani terapeutici in atto:
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (specificare) _____
Ultimo ricovero ospedaliero (se possibile indicare mese/anno e diagnosi alla dimissione)	Eventuali ricoveri precedenti (se ritenuti utili)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

TERAPIA	DAL	AL	POSOLOGIA	DOSAGGIO	TIPO SOMMINIST.	NOTE


DOMANDA D'INGRESSO

<p style="text-align: center;">Positività</p> <p><input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HAV <input type="checkbox"/> HIV</p> <p><input type="checkbox"/> KLEBSIELLA <input type="checkbox"/> CLOSTRIDIUMDIFF.</p> <p><input type="checkbox"/> Altro (specificare)</p> <p>_____</p>	<p>Ricoveri per patologia psichiatrica: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Note _____</p> <p>Trattamenti Sanitari Obbligatori: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Note _____</p>
<p style="text-align: center;">Allergie</p> <p><input type="checkbox"/> Non note</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Si (specificare)</p> <p>_____</p>	<p>Lesioni da pressione: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sede _____ stadio <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV</p> <p>Sede _____ stadio <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV</p> <p>Sede _____ stadio <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV</p> <p>Sede _____ stadio <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV</p>
<p>Utilizzo di presidi precauzionali o mezzi di contenzione restrittivi</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p><u>Se si, quali:</u></p> <p><input type="checkbox"/> sponde al letto</p> <p><input type="checkbox"/> fascia addominale</p> <p><input type="checkbox"/> fascia pelvica</p> <p><input type="checkbox"/> lenzuolo anticaduta</p> <p><input type="checkbox"/> pigiama sanitario</p> <p><input type="checkbox"/> polsiere di contenimento</p> <p><input type="checkbox"/> altro: _____</p>	<p style="text-align: center;">Ossigenoterapia</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> 24 ore (continua)</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Ossigeno liquido</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Ossigeno gassoso</p> <p><input type="checkbox"/> Al bisogno (discontinua)</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Ossigeno liquido</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Ossigeno gassoso</p>

Data:/...../.....

Firma del richiedente/contraente

Timbro e firma del MMG.....



DOMANDA D'INGRESSO

PRIVACY (REGOLAMENTO UE N. 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO - ARTICOLO 13)

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali dell'UE (GDPR 2016/679), La informiamo che i suoi dati personali, quelli dell'Assistito e dei suoi familiari da Lei volontariamente messi a disposizione della Serena Senectus srl, in qualità di titolare del trattamento (in seguito "Titolare"), saranno oggetto di trattamento nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali e, comunque, dei principi di correttezza, liceità e riservatezza cui è ispirata l'attività della Società. I dati personali e le categorie particolari di dati personali forniti suoi, dei suoi familiari e dell'ospite, inclusi i dati genetici, biometrici, clinici e/o dati relativi allo stato di salute, verranno trattati, a titolo esemplificativo e non esaustivo, per le seguenti finalità:

- a) Attività di assistenza socio-sanitaria;
- b) Ulteriori attività sanitarie, diverse da quanto indicato al precedente punto, comunque connesse alla salute dell'ospite;
- c) Attività amministrative e, in generale, attività connesse alla gestione operativa dei servizi forniti (es. prenotazione, regolare compilazione della documentazione clinica, pagamento della retta e/o quota parte della retta giornaliera, rimborso delle spese sostenute etc.);
- d) Attività legate alla fornitura di altri beni o servizi all'Assistito da Lei rappresentato per la sua salvaguardia della salute (es. fornitura di ausili e protesi);
- e) Gestione del contenzioso, anche attraverso l'utilizzo di professionisti (legali, assicurativi, ecc.) dalla società incaricati.

Il Contraente, con la sottoscrizione della presente richiesta, acconsente al trattamento dei suoi dati, di quelli del Suo Assistito e dei suoi familiari per le finalità espresse nell'informativa privacy completa allegata alla presente domanda che dichiara di aver attentamente letto e di ben conoscere. Il Titolare del Trattamento è il Legale Rappresentante pro tempore della Serena Senectus Srl.

Firma del richiedente/contraente



DOMANDA D'INGRESSO

Gentile Cliente/Contraente, al momento dell'ingresso le ricordiamo di consegnare alla Struttura:

- ↗ tutta la documentazione sanitaria pregressa, risalente almeno agli ultimi sei mesi (cartelle cliniche, visite specialistiche, esami ematochimici, radiografie, ecc);
- ↗ copia della carta d'identità, codice fiscale, tessera sanitaria, eventuale relazione di invalidità e codice di esenzione;
- ↗ copia della Carta identità e codice fiscale del contraente;
- ↗ una relazione clinico/anamnestica, che riporti lo stato di salute generale della persona, eventuali positività ed allergie ;
- ↗ un documento attestante la terapia in corso;
- ↗ un certificato comprovante che la persona può vivere in ambiente comunitario e che non è affetta da malattie infettive attive in corso.

In aggiunta a quanto dichiarato nella sezione *“Utilizzo di presidi precauzionali o mezzi di contenzione restrittivi”*, nel caso in cui l'ospite, per la propria incolumità, necessiterà di presidi precauzionali e/o mezzi di contenzione restrittivi diversi, sarà richiesto al familiare/caregiver di firmare apposito consenso informato.

In caso l'ospite fosse seguito da un amministratore di sostegno/tutore, al momento dell'ingresso è necessario produrre copia del decreto di nomina.

Nel caso in cui l'ingresso non andasse a buon fine specificare il motivo

(a cura della Direzione della Struttura)

Data:/...../.....

La Direzione della Struttura

.....