



## ACCETTAZIONE E MODALITA' DI INGRESSO

Per l'accoglienza dell'ospite in R.S.A. è necessario inoltrare domanda di ospitalità, sulla modulistica qui di seguito allegata, compilata in tutte le sue parti e corredata dalla documentazione sanitaria e amministrativa richiesta. L'Ufficio Accoglienza e Relazioni con il Pubblico, presso il quale va consegnata, riscontra la correttezza e completezza, provvederà a fissare un appuntamento con il Responsabile Sanitario, il quale, in sede di colloquio, valuterà l'idoneità del soggetto all'ingresso in R.S.A. Prima di emettere giudizio di idoneità per l'ingresso, può richiedere, qualora si ritenessero necessari, ulteriori accertamenti (visite mediche ed esami di laboratorio). L'idoneità all'ingresso viene comunicata immediatamente, con contestuale inserimento in lista d'attesa.

## DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI OSPITALITA'

### DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- Compilazione da parte del medico curante o dell'ospedale della Scheda Socio Sanitaria allegata;
- RX Torace (di data non anteriore ai 2 mesi);
- Esami di laboratorio di data non anteriore ai 6 mesi:

Emocromo con formula	Creatininemia	AST, ALT, gamma GT	VDRL, TPHA
VES	Uricemia	Fosfatasi Alcalina	HbsAg, HbsAb, HCV Ab
PCR	Elettroliti plasmatici	Folati	Esame completo delle urine
Glicemia	(Na, K, Cl, Calcemia)	Vitamina B12	(se le condizioni lo permettono)
Azotemia	Elettroforesi proteica	FT3, FT4, TSH	

### DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- Fotocopia tessera sanitaria;
- Fotocopia esenzione ticket;
- Fotocopia codice fiscale;
- Fotocopia carta d'identità (in corso di validità);
- Certificato di residenza in carta libera (D.P.R. 642/72 art. 27 bis);
- Fotografia formato tessera;
- Fotocopia verbale di invalidità;
- Documentazione del tribunale se presente amministratore di sostegno/curatore/tutore;
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale della persona obbligata (in corso di validità).

## RETTE DI RICOVERO IN VIGORE

Residenti a Cinisello Balsamo .....€ 1.898,00 (€ 62,40 giornaliero)\*

Residenti altri comuni della Lombardia.....€ 1.930,00 (€ 63,45 giornaliero)\*

\* supplemento mensile camera singola con bagno (su richiesta) € 204,00

All'importo della retta deve essere aggiunta la somma di € **1,81** mensili per la marca da bollo sulla quietanza.

La retta deve essere versata anticipatamente entro il giorno 10 di ogni mese secondo le modalità qui di seguito riportate:

- ☞ CONTANTI o ASSEGNO CIRCOLARE presso la Tesoreria di Banca Intesa – Via Libertà – Cinisello Balsamo
- ☞ BONIFICO BANCARIO intestato a FONDAZIONE RICOVERO MARTINELLI ONLUS specificando sempre il NOME DELL'OSPITE e il MESE DI PAGAMENTO

**Al momento dell'ingresso presso la R.S.A. di destinazione, gli ospiti dovranno costituire un DEPOSITO CAUZIONALE dell'ammontare di una retta di ospitalità.** Previo controllo della situazione contabile, tale deposito verrà restituito alla risoluzione del rapporto di ospitalità, contestualmente alla quota di retta per i giorni non usufruiti.



### CORREDO PER LA R.S.A.

Quantità	Descrizione	Quantità	Descrizione
6	Asciugamani viso	1	Cappello/Berretto
6	Asciugamani Bidet	1	Plaid
10	Calze/Calzettoni	1	Acqua di colonia/Profumo (Rinnovabile)
10	Mutande (Solo per continenti)	1	Spazzolino da denti (Rinnovabile)
12	Magliette intime lana/cotone	1	Dentifricio (Rinnovabile)
6	Pigiama	1	Spazzola/Pettine
6	Tute complete	1	Crema idratante (Rinnovabile)
6	Polo manica corta/lunga	1	Confezione per pulizia della protesi dentaria (Rinnovabile)
2	Scarpe o pantofole antiscivolo	1	Collutorio (Rinnovabile)
3	Golfini di cotone/lana	1	Rasoio elettrico (per ospiti maschi)
1	Foulard/sciале	1	Fazzoletti di carta (Rinnovabili)

**Si raccomanda di apporre il numero personale, comunicato all'atto del ricovero, su ogni singolo capo di biancheria; i numeri dovranno essere tassativamente cuciti.**

**NON VERRA' ACCETTATA BIANCHERIA NUMERATA CON PENNARELLI E NUMERI ADESIVI.**

**L'ENTE NON RISPONDE DEI CAPI NON NUMERATI CORRETTAMENTE E NON SEGNATI SULLA SCHEDA PERSONALE REDATTA AL MOMENTO DELL'INGRESSO.**

**L'ENTE NON RISPONDE**  
**DEGLI OGGETTI LASCIATI INCUSTODITI.**



**DOMANDA DI OSPITALITA' PRESSO LA RESIDENZA SOCIO ASSISTENZIALE**  
(compilazione a cura dell'ospite o dei famigliari/persone di riferimento)

Il / La sottoscritt \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

nata /to a \_\_\_\_\_ (Prov) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ tessera sanitaria \_\_\_\_\_

rilasciata dall'ASL \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

paternità \_\_\_\_\_ maternità \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ospitato presso la R.S.A. Fondazione Ricovero Martinelli Onlus,  
e a tale scopo, sotto propria responsabilità, E PER LIBERA SCELTA ai sensi della legge 15 maggio 1997, n. 127

**DICHIARA relativamente a:**

**PROVENIENZA:**

- Di provenire dalla propria abitazione
- Di essere già ospite della R.S.A. \_\_\_\_\_  
sito in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ nel reparto di:  
 Struttura Protetta  Casa di riposo  Nucleo Alzheimer  Riabilitazione
- Di essere attualmente ricoverato presso l'Azienda Ospedaliera \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ nel reparto di \_\_\_\_\_

**INVALIDITA' CIVILE e INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO**

- Di non usufruire di indennità di accompagnamento;
- Di aver presentato domanda e di essere in attesa di visita;
- Di essere stato sottoposto a visita in data \_\_\_\_\_ e in attesa di esito;
- Di essere stato riconosciuto invalido civile per il \_\_\_\_\_ %;  
 con accompagnamento dal \_\_\_\_\_ ;  
 di aver presentato domanda di aggravamento.



**ESENZIONE TICKET**

No  Si  Codici esenzione \_\_\_\_\_

**SOGGETTO CHE USUFRUICE DEL SERVIZIO A.D.I.**

No  Si operatore A.D.I. \_\_\_\_\_

**NUCLEO FAMILIARE**

composto soltanto dal richiedente;  composto dal richiedente che convive con \_\_\_\_\_

**Indicare il numero dei figli, anche se non conviventi:**

n. figli maschi \_\_\_\_\_ n. figlie femmine \_\_\_\_\_

**Indicare se è stato nominato un amministratore di sostegno/curatore/tutore:**

NO

SI Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Nominato dal tribunale di \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ n. protocolli \_\_\_\_\_

**STATO CIVILE**

Coniugato con \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

Nubile/Celibe  Divorziato/a  Separato/a  Vedovo/a

**GRADO DI ISTRUZIONE**

Analfabeta  Scuole medie inferiori (Elementare-Medie Inferiori o equivalenti)  Scuole Medie Superiori  Laurea

**PROFESSIONE SVOLTA PREVALENTEMENTE**

Agricoltore  Casalinga  Impiegato  Lavoratore autonomo  Libero professionista  Operaio/a

In fede

\_\_\_\_\_  
Firma ospite (\*)

\_\_\_\_\_  
Firma obbligato

\_\_\_\_\_  
Firma obbligato

(\*) Se l'ospite non è in grado di firmare scrivere "IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA". Tutta la domanda di ospitalità dovrà essere firmata dalle persone obbligate.



## OBBLIGHI ECONOMICI

Per quanto concerne il rapporto di ospitalità e gli obblighi economici derivanti dall'ospitalità presso l'Ente del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ saranno assunti da:

Ospite

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Documento n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia documento e C.F.)

Parente Responsa-

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_  
Documento n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia documento e C.F.)  
In qualità di \_\_\_\_\_ (indicare stato di parentela)

Parente Responsa-

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_  
Documento n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia documento e C.F.)  
In qualità di \_\_\_\_\_ (indicare stato di parentela)

**che accetta tutte le norme e disposizioni che disciplinano il rapporto di ospitalità di codesto Ente, e le relative condizioni economiche, di cui ha preso visione.**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma ospite (\*)

\_\_\_\_\_  
Firma obbligato

\_\_\_\_\_  
Firma obbligato

(\*) Se l'ospite non è in grado di firmare scrivere "IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA". Tutta la domanda di ospitalità dovrà essere firmata dalle persone obbligate.



## ELENCO DEI PARENTI DA CONTATTARE

(compilazione a cura dell'ospite o dei familiari/persone di riferimento)

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. (\_\_\_\_)

TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. (\_\_\_\_)

TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. (\_\_\_\_)

TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. (\_\_\_\_)

TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_



## DISCIPLINA ESENZIONE TICKET

(D.G.R. n. 12287 del 4-3-2003 e successive integrazioni e modifiche)

### Prestazioni ambulatoriali

Per le prestazioni di diagnostica strumentale e specialistica ambulatoriale l'importo massimo per ricetta è fissato a **46 euro**.

Ogni ricetta può contenere un massimo di 8 prestazioni della stessa branca specialistica.

Si fanno salve alcune eccezioni riguardanti i cicli di terapia fisica riabilitativa (vedi pag. 24 e 25 dell'Allegato al Decreto n. 32731 del 18.12.2000).

Per le nuove prestazioni introdotte con DGR VII/13796 del 25.7.2003 Allegato 5, cioè la terapia ad onde d'urto focalizzate per patologie muscolo-scheletriche e la terapia ad onde d'urto radiali per patologie muscolo-scheletriche, possono essere prescritte un massimo di tre sedute per ricetta.

Prestazioni di branche specialistiche diverse devono essere prescritte su ricette diverse.

### Sono attualmente esenti da ticket (indicare il caso di propria competenza):

1. i cittadini di età inferiore a 6 anni o superiore a 65, purché appartenenti a nucleo familiare fiscale con reddito lordo complessivo non superiore a 36.151,98 euro (lire 70 milioni), riferito all'anno precedente;
2. i titolari di pensioni sociali e i familiari a carico;
3. i disoccupati (compresi i lavoratori in mobilità) e i familiari a carico, i titolari di pensioni al minimo ultrasessantenni e i familiari a carico: entrambe queste condizioni sono subordinate all'appartenenza a nucleo familiare fiscale con reddito complessivo lordo, riferito all'anno precedente, inferiore a 8.263,31 euro (lire 16 milioni), 11.362,05 euro (lire 22 milioni) se con coniuge a carico, incrementato di 516,45 euro (lire 1 milione) per ogni figlio a carico;
4. gli invalidi civili con percentuale superiore ai 2/3, o con assegno di accompagnamento, o con indennità di frequenza ;
5. i ciechi e i sordomuti di cui agli artt. 6 e 7 della Legge 482/68 ;
6. gli infortunati sul lavoro e gli affetti da malattie professionali per le prestazioni correlate;
7. le categorie dalla I alla V degli invalidi di guerra e per servizio e gli invalidi per lavoro con percentuale superiore a 2/3 sono totalmente esenti, mentre sono esenti solo per le prestazioni correlate alla patologia invalidante le categorie dalla VI all'VIII e gli invalidi per lavoro con percentuale inferiore a 2/3;
8. le categorie di cittadini esenti per patologia o condizione sono individuate dai Decreti del Ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001 che definiscono le 51 condizioni e gruppi di malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione generale o solo per alcune prestazioni correlate. Il D.M. Sanità 279/2001 definisce le malattie rare e le relative esenzioni per le prestazioni efficaci ed appropriate per il trattamento, il monitoraggio e la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.



## AUTOCERTIFICAZIONE PER ESENZIONE DEI TICKET AMBULATORIALI

(Legge 15/68 e successive modifiche e integrazioni;

T.U. Approvato con DPR n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche e integrazioni;)

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ tessera sanitaria \_\_\_\_\_

rilasciata dall'ASL \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

### DICHIARA

assumendosi tutte le responsabilità civili e penali in caso di falsa dichiarazione e della decadenza da benefici eventualmente ottenuti, così come previsto dalle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.

DI TROVARSI NELLA CONDIZIONE DI CUI AL PUNTO \_\_\_\_\_ (\*)  
(vedi pagina precedente)

e di appartenere a un nucleo familiare con un reddito lordo complessivo pari a € \_\_\_\_\_  
riferito all'anno precedente.

In fede

\_\_\_\_\_

(\*) Se l'esenzione è prevista dal **punto 4** è necessario essere in possesso del **tesserino di esenzione verde**.

In caso contrario bisogna indicare il **punto 1** ed esplicitare il **reddito**.

Se viene indicato il **punto 8** (solo se in possesso del tesserino rosa) bisogna esplicitare anche il **reddito**.

---

### ***Nel caso in cui l'ospite sia impossibilitato alla firma:***

(\*\*) *In nome e per conto dell'ospite, Sig./ra \_\_\_\_\_  
cognome, nome e grado di parentela (in stampatello) \_\_\_\_\_*

*Firma \_\_\_\_\_*

(\*\*) *Se l'ospite non è in grado di firmare scrivere "IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA". Tutta la domanda di ospitalità dovrà essere firmata da una delle persone obbligate.*



**RICHIESTA DI DOMICILIAZIONE SANITARIA**

**C/O FONDAZIONE RICOVERO MARTINELLI ONLUS**

*(compilazione a cura dell'ospite o dei famigliari/persone di riferimento)*

Cinisello Balsamo, \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via. \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

**CHIEDE LA DOMICILIAZIONE SANITARIA**

C/o Dott. R.S.A. Fondazione Ricovero Martinelli Onlus -Cod. Struttura 36337 –

Via L. Vicuna, 2 – Cinisello Balsamo

Firma \_\_\_\_\_

**Nel caso in cui l'ospite sia impossibilitato alla firma:**

(\*) In nome e per conto dell'ospite, Sig./ra \_\_\_\_\_

cognome , nome e grado di parentela (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(\*) Se l'ospite non è in grado di firmare scrivere "IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA". Tutta la domanda di ospitalità dovrà essere firmata da una delle persone obbligate.



## DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA CURA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ via _____
grado di parentela <sup>(1)</sup> _____

<sup>(1)</sup> da specificare solo in caso di impossibilità da parte del richiedente

Conferma di essere a conoscenza di accettare le norme che regolano il funzionamento della RSA dei servizi erogati

### DICHIARA

di essere informato in modo esaustivo riguardo le cure, le procedure mediche ed assistenziali messe in atto, presso la Residenza Sanitaria Assistenziale, sulla loro sostituibilità e non sostituibilità e dei rischi potenziali comuni ed individuali legati anche ad alcune indagini diagnostiche e pratiche terapeutiche che si dovessero rendere necessarie in senso diagnostico e terapeutico durante la degenza presso la RSA, compatibilmente con le condizioni generali e nel rispetto della dignità della persona, a salvaguardia dell'integrità individuale e di terzi.

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma



## INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196)

Ai sensi dell'art.13 del DLgs 30 giugno 2003 n. 196 "**Codice in materia di protezione dei dati personali**" la informiamo che il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente alla corretta esecuzione dei compiti di cui al contratto/incarico, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.

Le finalità del trattamento sono (*riportare solo quelle di interesse*):

- Gestione contabile (fatturazione/pagamenti), recupero crediti, revisione contabile, adempimenti fiscali;
- Gestione amministrativa del contratto e adempimenti normativi, archiviazione storica dei dati;
- Gestione del fascicolo personale;
- Valutazione sanitaria, prevenzione, diagnosi, terapia ed assistenza sanitaria, gestione del fascicolo amministrativo e sanitario dell'assistito, redazione PAI (sia per il personale degente in RSA che assistito a domicilio in ADI), redazione schede SOSIA;
- Rilevazione grado di soddisfazione, attività informativa, marketing e pubblicità;

Le modalità di trattamento dei dati sono:

- Su supporto cartaceo, nel rispetto delle regole di riservatezza e sicurezza previste dalla legge e accessibile esclusivamente al personale autorizzato;
- Con l'ausilio di sistemi informatici e l'utilizzo di procedure anche automatizzate, ad opera di personale appositamente incaricato;

Si informa inoltre che:

- i dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di soggetti pubblici o privati (enti, autorità, istituzioni pubbliche, enti previdenziali e assicurativi, altre strutture sanitarie pubbliche e private, studi e società di recupero crediti, appaltatori di servizi, collaboratori autonomi, professionisti e consulenti) e coinvolti a vario titolo ai soli fini dell'espletamento dell'incarico, del servizio o della prestazione e affidati dall'INTERESSATO alla **FONDAZIONE RICOVERO MARTINELLI -ONLUS**;
- i dati potranno altresì essere comunicati o portati a conoscenza dei responsabili o incaricati del trattamento il cui elenco completo ed è affisso presso la sede degli uffici della **Fondazione Ricovero Martinelli - Onlus** sita in **via Martinelli 45 a Cinisello Balsamo (MI)**;

il conferimento dei dati è obbligatorio per poter portare a compimento l'incarico, il servizio o la prestazione; il mancato conferimento comporta quindi l'impossibilità di erogazione della prestazione.



All'INTERESSATO sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato codice e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione rivolgendo le richieste al:

**Titolare del trattamento dei dati personali della Fondazione Ricovero Martinelli – Onlus, Dott. Pier Giorgio PANZERI, Via Martinelli 45, I-20092 Cinisello Balsamo**

L'INTERESSATO, presa visione dell'informativa redatta ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, rilascia espresso consenso al trattamento dei dati personali per le attività sopra descritte.

Cinisello Balsamo, 02 gennaio 2008

Per accettazione

L'INTERESSATO

Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**SCHEMA SOCIO SANITARIA**

*(compilazione a cura del medico di base o dell'ospedale)*

Cognome e nome .....

Nato/a a ..... Prov ..... il.....

Peso..... Altezza .....

Portatore di Pacemaker       No       Si

**Anamnesi**

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

**Terapia in corso**

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

**Pregressi ricoveri in strutture psichiatriche**       No       Si



**Deambulazione**

- Buona
- Incerta
- Con aiuto
- Con appoggio
  - Bastone
  - Gruccia.....  di proprietà  della ASL
  - Deambulatore/Girello.....  di proprietà  della ASL
- Wandering
- Dipendente per la locomozione da carrozzina  di proprietà  della ASL
- Allettato .....  con piaghe  senza piaghe

<p><b>Igiene Personale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Autonomo</li> <li><input type="checkbox"/> Necessita aiuto minimo</li> <li><input type="checkbox"/> Dipendente</li> </ul>	<p><b>Gestione Incontinenza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Presidi assorbenti</li> <li><input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> permanente</li> <li><input type="checkbox"/> Ano artificiale</li> </ul>
<p><b>Vestizione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Autonomo</li> <li><input type="checkbox"/> Necessita aiuto minimo</li> <li><input type="checkbox"/> Dipendente</li> </ul>	<p><b>Diabete</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Si                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> necessita solo dieta</li> <li><input type="checkbox"/> necessita antidiabetici</li> <li><input type="checkbox"/> necessita insulina</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Alimentazione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Autonomo</li> <li><input type="checkbox"/> Necessita aiuto minimo</li> <li><input type="checkbox"/> Va imboccato</li> <li><input type="checkbox"/> Alimentazione artificiale                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sondino N.G.</li> <li><input type="checkbox"/> PEG</li> <li><input type="checkbox"/> Parenterale Totale</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Disfagia</li> </ul>	<p><b>Dialisi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale</li> <li><input type="checkbox"/> Dialisi extracorporale</li> </ul>
<p><b>Utilizzo servizi igienici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Autonomo</li> <li><input type="checkbox"/> Necessita aiuto minimo</li> <li><input type="checkbox"/> Non in grado di utilizzare servizi igienici</li> </ul>	<p><b>Insufficienza respiratoria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ossigeno al bisogno</li> <li><input type="checkbox"/> Ossigeno per 6 ore</li> <li><input type="checkbox"/> Ossigeno costante</li> <li><input type="checkbox"/> Ventilazione</li> </ul>
<p><b>Incontinenza urinaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Assente</li> <li><input type="checkbox"/> Saltuaria</li> <li><input type="checkbox"/> Permanente</li> </ul>	<p><b>Allergie ai farmaci</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Si quali _____</li> </ul>
<p><b>Incontinenza fecale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Assente</li> <li><input type="checkbox"/> Saltuaria</li> <li><input type="checkbox"/> Permanente</li> </ul>	<p><b>Decubiti</b></p> <p>Sede _____</p> <p>Grado _____</p>



## FUNZIONE INTELLETTIVA

### Stato mentale

- perfettamente lucido
- Incerto e dubbioso nonostante sia orientato nel tempo e nello spazio
- Completamente confuso e non orientato nel tempo e nello spazio

### Stato relazionale

- Calmo e non irritabile
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità
- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità

### Stato comportamentale

- Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria
- Mostra spesso segni di irrequietezza ed è agitato
- E' irrequito, e incapace di stare fermo anche solo per brevi periodi di tempo

## COMORBILITA'

<b>CARDIACA</b> Diagnosi
<b>IPERTENSIONE</b> Diagnosi
<b>VASCOLARI</b> (Sangue, Vasi, Midollo, Sistema linfatico) Diagnosi
<b>RESPIRATORIE</b> (Polmonari, Bronchi, Trachea sotto la laringe) Diagnosi
<b>O.O.N.G.L.</b> (Orecchio, Occhio, Naso, Gola, Laringe) Diagnosi
<b>APPARATO G.I. SUPERIORE</b> (Esofago, Stomaco, Duodeno, Albero biliare, Pancreas) Diagnosi
<b>APPARATO G.I. INFERIORE</b> (Intestino, Ernie) Diagnosi
<b>EPATICHE</b> (solo Fegato) Diagnosi
<b>RENALI</b> (solo Rene) Diagnosi



**ALTRE PATOLOGIE GENITO URINARIE** (Ureteri, Vescica, Uretra, Prostata, Genitali)

Diagnosi

**SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO-CUTE** (Muscoli, Scheletro, Tegumenti)

Diagnosi

**SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO** (Non include la demenza)

Diagnosi

**ENDOCRINE METABOLICHE** (include diabete, infezioni, stati tossici)

Diagnosi

**PSICHIATRICO COMPORAMENTALI** (Demenza, Depressione, Ansia, Agitazioni, Psicosi)

Diagnosi

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE**

Dichiaro che il/la Sig./ra può vivere in comunità e non è affetto/a da malattie infettive.

Data .....

Il medico compilatore .....

(timbro e firma)



## SCHEDA SOCIALE

(compilazione a cura dell'ospite o dei familiari/persona di riferimento)

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Stato civile: \_\_\_\_\_ Attività svolta \_\_\_\_\_

Attualmente abita con \_\_\_\_\_

In casa, a quale attività si dedica maggiormente?

Nessuna     Lavori domestici     Cucina     Custodia dei bambini     Guarda la televisione

Ascolta la radio     Gioca a carte     Lavora a maglia/uncinetto     Parla con gli amici

Altro (Specificare) \_\_\_\_\_

Cosa le piacerebbe portare nella sua nuova stanza per sentirsi più a casa?

\_\_\_\_\_

**SVOLGIMENTO DELLA GIORNATA** (breve descrizione della giornata tipo):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### RAPPORTI SOCIALI:

Le piace la compagnia? \_\_\_\_\_ Le piace conversare? \_\_\_\_\_

Riceve visite? \_\_\_\_\_ Da chi? \_\_\_\_\_

### RAPPORTI CON L'ESTERNO

Esce di casa? \_\_\_\_\_

Con quale frequenza? \_\_\_\_\_

Può uscire da solo/a? \_\_\_\_\_ Gradisce uscire in compagnia? \_\_\_\_\_

Per andare dove? \_\_\_\_\_

È solito/a andare in ferie? \_\_\_\_\_

### NOTIZIE SULLA FAMIGLIA

Ha figli? \_\_\_\_\_ Quanti? \_\_\_\_\_

Come si chiamano?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha fratelli? \_\_\_\_\_ Quanti? \_\_\_\_\_

Come si chiamano?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Ha altri parenti? \_\_\_\_\_

Nome

Grado di parentela

---

---

---

**LA DOMANDA DI RICOVERO E' STATA INOLTRATA PER:**

- Scelta                                       Necessità di assistenza                                       Necessità familiari

**VISITE DEI PARENTI**

Intende far visita al parente:

- Giornalmente                       Settimanalmente                       Mensilmente                       Altro specificare \_\_\_\_\_)

**ANIMAZIONE**

Come le piacerebbe passare il tempo?

- Ricevere visite
- Uscire (anche accompagnati)
- Giocare a carte
- ascoltare musica
- Guardare la televisione
- Leggere libri o giornali
- Partecipare a conferenze o dibattiti
- Attività motoria
- Organizzare/partecipare ad uno spettacolo teatrale

Le piacerebbe artecipare ad attività ricreative quali:

- Lavoro a maglia/unicinetto
- Ricamo
- Pittura e disegno
- Bricolage, decoupage, realizzazione di piccoli manufatti
- Altre attività manuali
- Tombola
- Canto
- Musicoterapia
- Danza

Le piacerebbe trovare dei momenti nei quali poter parlare e relazionarsi liberamente con qualcuno che la sappia ascoltare?

- No
- Alle volte
- Si



Spett.  
COMUNE DI

\_\_\_\_\_

Cinisello Balsamo, \_\_\_\_\_

Oggetto: RICHIESTA DI CERTIFICATO DI RESIDENZA

Con la presente si fa richiesta al Comune di \_\_\_\_\_  
emissione di certificato di residenza in carta libera ai sensi del DPR 642/72 ART. 27 BIS per la  
Sig./ra \_\_\_\_\_.

Distinti saluti.

dott. Pier Giorgio PANZERI  
Direttore Generale