

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE SANTA SARA

DOMANDA DI AMMISSIONE

La presente domanda deve essere compilata in ogni sua parte dai familiari e dal medico curante e riconsegnata in portineria.

È composta da una parte anagrafica da compilare a cura del familiare/garante della persona per la quale viene presentata domanda di ammissione e da una parte sanitaria che deve essere compilata dal medico curante.

Successivamente alla presentazione dei moduli interamente compilati verrà data comunicazione del parere per l'ingresso da parte della Direzione Sanitaria della Struttura che verrà poi organizzato dall'ufficio amministrativo sulla base della disponibilità dei posti letto.

Il giorno dell'ingresso bisogna presentarsi in Struttura entro le ore 10.00 del mattino, con la biancheria dell'ospite, precedentemente numerata, una valigetta contenente la biancheria intima e gli indumenti necessari per un eventuale ricovero ospedaliero e i seguenti documenti:

- ↪ Carta d'identità valida;
- ↪ Codice Fiscale;
- ↪ Tessera Sanitaria;
- ↪ Tesserino per esenzioni Ticket;
- ↪ Documentazione medica precedente, ricoveri precedenti e relative lettere di dimissioni
- ↪ Verbale d'invalidità.

DATA DI PRESENTAZIONE _____

NOME E COGNOME OSPITE _____



IL RICHIEDENTE (familiare/tutore)

Il/la Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Prov _____ Via _____

Recapiti telefonici _____

Documento di riconoscimento _____ In qualità di _____

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO L'RSA SANTA SARA PER IL/LA

SIGNORE/A:

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Prov _____ Via _____

Stato civile _____ n° figli viventi _____

Documento d'identità _____

Codice fiscale _____

Tessera Sanitaria n° _____ Esenzione _____

Titolo di studio _____ Attività lavorativa precedente _____

ATTUALMENTE LO/A STESSO/A SI TROVA:

() a casa () in ospedale () in RSA () altro _____

Richiesta di ricovero () temporaneo mesi _____

() definitivo

Titolare di pensione (specificare quale: sociale; reversibilità.....)

_____ ente erogatore _____

Accertamento invalidità civile:

() accertata: grado _____% () in corso () non presentata



COOPERATIVA SOCIALE QUADRIFOGLIO
SAVORGNAN D'OSOPPO 4/10 - 10064 PINEROLO - TO -
0121 - 324811 FAX 0121 - 324812

COOP. SOC. QUADRIFOGLIO s.c. ONLUS
R.S.A "Santa Sara" Via Barrili n.6 – Milano
Tel. 02/84747511-Fax 02/8474.75.05

ALTRE PERSONE DA POTER CONTATTARE

1

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____
Residente a _____ Prov _____ Via _____
Recapiti telefonici _____

2

Cognome _____ Grado di parentela _____
Residente a _____ Prov _____ Via _____
Recapiti telefonici _____

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE ONERI E RESPONSABILITÀ

Il richiedente sottoscritto:

Sig./ra _____

In qualità di _____

Con la presente

SI IMPEGNA CON LA COOPERATIVA SOCIALE QUADRIFOGLIO S.C. ONLUS

1) Al pagamento della retta pari a euro € 67,84 (IVA compresa) giornalieri; dal 01/01/2009 è prevista una variazione della retta che ammonterà ad € 70,21 (IVA compresa) giornalieri. Tale retta deve essere versata, mensilmente, entro e non oltre il quinto giorno lavorativo del mese al quale si riferisce per mezzo di Bonifico bancario o postale.

In caso di mancato pagamento della retta entro la data prevista verranno attivate le procedure previste dal regolamento al punto 11.

Nella retta non sono compresi i costi dei servizi non espressamente previsti dal Regolamento di Struttura in vigore, i quali saranno a carico del richiedente.

2) Ad accettare eventuali variazioni della retta su indicata stabilite a giudizio della Coop. Soc. Quadrifoglio per aggiornamento annuale della retta o altro; tali variazioni saranno comunicate al richiedente a mezzo raccomandata o altro equipollente almeno 15 giorni prima del pagamento mensile.

La mancata accettazione dell'aumento costituisce ragione e causa di risoluzione del presente contratto. In tal caso saranno immediatamente attivate le procedure per la dimissione dell'Ospite con le modalità esplicitate al punto 11 del regolamento.

3) Al pagamento di una Cauzione d'ingresso pari a Euro 500,00, che verrà integralmente restituita al momento della definitiva dimissione dell'ospite, salvo decurtazione dell'ammontare fino alla concorrenza del massimale depositato, derivanti dal mancato adempimento degli impegni assunti nei confronti dell'ente gestore l'RSA. Eventuali decurtazioni saranno effettuate previo comunicazione scritta, con specificazione della ragione, direttamente all'ospite, al tutore o al familiare di riferimento.

- 4) A versare le quote relative alle spese non comprese nella retta che verranno comunicate mensilmente e che dovranno essere saldate insieme alla retta del mese successivo a quello di riferimento.
- 5) A provvedere ad integrare il corredo dell'Ospite secondo le necessità emergenti.
- 6) Ad accettare sin da ora l'assegnazione del posto letto che verrà indicato al momento dell'entrata dell'Ospite in Struttura. Eventuali cambi di posto letto nell'ambito dello stesso reparto o di altri reparti, in relazione a mutate esigenze organizzative e di vita comunitaria, o in relazione a modificazioni delle condizioni psico-fisiche dell'Ospite vanno preventivamente concordati con l'Ospite e/o i familiari dello stesso.
- 7) Ad accettare le norme, stabilite nel Regolamento (che viene allegato), con particolare riguardo alle dimissioni dell'Ospite.

DICHIARA INOLTRE:

- ◆ Di essere a conoscenza che in caso di assenza temporanea dalla Struttura per ricovero ospedaliero o altro la retta dovrà essere corrisposta interamente.
- ◆ Di essere a conoscenza che ogni e qualsivoglia assistenza privata suppletiva all'Ospite deve essere preventivamente comunicata alla Direzione e autorizzata dalla stessa.
- ◆ Di essere a conoscenza che non è consentito l'inserimento in camera di televisori, radio, stufe elettriche, ecc. senza la preventiva autorizzazione della Direzione.
- ◆ Di essere a conoscenza che la Direzione non risponde del denaro e degli oggetti di valore in possesso dell'Ospite.
- ◆ Di esprimere il proprio consenso alla diffusione dei dati sensibili, nel rispetto del D.Lgs. 196/03, autorizzando il personale della Struttura ad inserire il nominativo dell'Ospite nella scheda di camera e a fornire informazioni a familiari o visitatori riguardo il numero di posto letto che gli è stato assegnato.
- ◆ Di aver preso visione del Regolamento interno dell' R.S.A. "SANTA SARA" e di accettarlo in ogni sua parte.

La Direzione della R.S.A. "SANTA SARA" si riserva la facoltà di apportare a quanto sopra le modifiche più opportune, suggerite da necessità organizzative, al fine di assicurare un sempre miglior livello gestionale; ogni variazione sarà prontamente comunicata alle parti interessate.

Presso gli uffici amministrativi sono depositati (a disposizione di chiunque voglia richiederli):

- 1) Regolamento interno dell'R.S.A. "SANTA SARA"
- 2) Carta dei servizi

Letto, accettato e sottoscritto in data **li**.....

Dal/dalla Sig/ra (in stampatello)

Firma.....

RELAZIONE ASSISTENZIALE

(da compilarsi da parte di chi cura l'ospite)

COGNOME e NOME Ospite	
Data di Nascita	
<p>MOTILITA': (barrare la casella corrispondente)</p> <p><input type="checkbox"/> cammina senza aiuto</p> <p><input type="checkbox"/> cammina con ausili (specificare quale: bastone, stampella, deambulatore...):</p> <p><input type="checkbox"/> cammina, ma necessita della presenza costante di una o più persone</p> <p><input type="checkbox"/> usa la carrozzina: <input type="checkbox"/> è totalmente autonomo per gli spostamenti in carrozzina</p> <p style="padding-left: 150px;"><input type="checkbox"/> è in grado di avanzare da solo ma necessita di aiuto per aggirare gli ostacoli, per accostarsi al letto, al tavolo, ecc...</p> <p style="padding-left: 150px;"><input type="checkbox"/> è totalmente dipendente per gli spostamenti in carrozzina</p> <p style="padding-left: 150px;"><input type="checkbox"/> è allettato</p>	
<p>TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA, SEDIA-LETTO</p> <p><input type="checkbox"/> è totalmente indipendente</p> <p><input type="checkbox"/> collabora, ma necessita dell'assistenza di una persona per una o più fasi del trasferimento</p> <p><input type="checkbox"/> è totalmente dipendente e necessita dell'aiuto di due persone per il trasferimento con o senza l'ausilio del sollevatore</p>	
<p>IGIENE PERSONALE:</p> <p><input type="checkbox"/> è in grado di lavarsi mani e faccia, di lavarsi i denti, di pettinarsi, di radersi senza aiuto</p> <p><input type="checkbox"/> necessita di assistenza per una o più operazioni ma collabora</p> <p><input type="checkbox"/> non è in grado di attendere all'igiene personale: dipende per ogni operazione</p>	
<p>VESTIZIONE:</p> <p><input type="checkbox"/> è totalmente indipendente</p> <p><input type="checkbox"/> è in grado di vestirsi da solo ma necessita di aiuto per le operazioni fini (allacciarsi i bottoni, le scarpe, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> necessita di assistenza per tutte le operazioni ma collabora</p> <p><input type="checkbox"/> è totalmente dipendente e non collabora</p>	
<p>ALIMENTAZIONE:</p> <p><input type="checkbox"/> è totalmente indipendente</p> <p><input type="checkbox"/> mangia da solo ma necessita di aiuto per operazioni quali tagliare la carne, aprire bottiglie o altre confezioni, versare liquidi nel bicchiere...</p> <p><input type="checkbox"/> riesce a manipolare una posata ma necessita di assistenza attiva in ogni fase</p> <p><input type="checkbox"/> deve essere imboccato</p>	
<p>INCONTINENZA:</p> <p><input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> fecale</p> <p><input type="checkbox"/> urinaria <input type="checkbox"/> doppia</p>	<p>GESTIONE INCONTINENZA:</p> <p><input type="checkbox"/> presidi assorbenti</p> <p><input type="checkbox"/> catetere vescicale</p> <p><input type="checkbox"/> ano artificiale</p>



COOPERATIVA SOCIALE QUADRIFOGLIO
 SAVORGNAN D'OSOPPO 4/10 - 10064 PINEROLO - TO -
 ☎ 0121 - 324811 FAX 0121 - 324812

COOP. SOC. QUADRIFOGLIO s.c. ONLUS
 R.S.A "Santa Sara" Via Barrili n.6 – Milano
 Tel. 02/84747511-Fax 02/8474.75.05

Il **_____** soggetto **_____** compilante: **_____** Sig/ra

.....
 in qualità di.....
 Data di compilazione Firma.....

RELAZIONE MEDICA
 (compilazione a cura del medico curante)

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

ANAMNESI FISIOLÓGICA:

<p>ALIMENTAZIONE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Equilibrata <input type="checkbox"/> Eccessiva <input type="checkbox"/> Scarsa <input type="checkbox"/> Alimentazione artificiale: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S.N.G. <input type="checkbox"/> P.E.G. 	<p>BEVANDE ALCOOLICHE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Astemio <input type="checkbox"/> Consumo moderato <input type="checkbox"/> Etilismo cronico <input type="checkbox"/> Ex etilista
<p>FUMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non ha mai fumato <input type="checkbox"/> Ex fumatore (da anni:.....) <input type="checkbox"/> Fumatore (n° sigarette/die 	<p>DIGESTIONE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Non regolare
<p>ALVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Tendenzialmente stitico <input type="checkbox"/> Tendenzialmente diarroico <input type="checkbox"/> Incontinenza fecale <input type="checkbox"/> Ano iliaco 	<p>DIURESIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Disturbi della minzione <input type="checkbox"/> Incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> Catetere vescicale a permanenza
<p>SONNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Non regolare 	

NOTIZIE CLINICO ANAMNESTICHE: _____

RICOVERI OSPEDALIERI PRECEDENTI: _____



STATO DI SALUTE ATTUALE:

CONDIZIONI GENERALI: <input type="checkbox"/> Buone <input type="checkbox"/> Scadenti	STATO NUTRIZIONALE: <input type="checkbox"/> Normopeso <input type="checkbox"/> Magrezza <input type="checkbox"/> Obesità: <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderata <input type="checkbox"/> Grave
CONDIZIONI CARDIORESPIRATORIE: <input type="checkbox"/> Buone <input type="checkbox"/> Equilibri farmacologico <input type="checkbox"/> Compromesse	DISPNEA: <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Da sforzo <input type="checkbox"/> A riposo
APPARATO OSTEO-ARTICOLARE: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Patologico	SISTEMA NERVOSO CENTRALE È: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Patologico
UDITO: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Ipoacusia <input type="checkbox"/> Sordità	VISTA: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Ipovisus <input type="checkbox"/> Cecità
DISTURBI DEL LINGUAGGIO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare quale):.....	DISORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Demenza <input type="checkbox"/> Sindrome ansioso- depressiva <input type="checkbox"/> Psicosi	AGITAZIONE PSICO-MOTORIA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
LESIONI DA DECUBITO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare sede e grado):	FARMACO-ALLERGIE: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare)



COOPERATIVA SOCIALE QUADRIFOGLIO
 SAVORGNAN D'OSOPPO 4/10 - 10064 PINEROLO - TO -
 ☎ 0121 - 324811 FAX 0121 - 324812

COOP. SOC. QUADRIFOGLIO s.c. ONLUS
 R.S.A "Santa Sara" Via Barrili n.6 – Milano
 Tel. 02/84747511-Fax 02/8474.75.05

<p>ALLERGIE ALIMENTARI:</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Si (specificare):.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
--	--

TERAPIA IN ATTO:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

IL/LA SIG/RA È ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE
 IN ATTO E PUÒ VIVERE IN COMUNITÀ.

- SI
- NO

Data _____

Firma e timbro del medico curante



COOPERATIVA SOCIALE QUADRIFOGLIO

SAVORGNA D'OSOPPO 4/10 - 10064 PINEROLO - TO -
☎ 0121 - 324811 FAX 0121 - 324812

COOP. SOC. QUADRIFOGLIO s.c. ONLUS
R.S.A "Santa Sara" Via Barrili n.6 – Milano
Tel. 02/84747511-Fax 02/8474.75.05