

SCHEDA DI INSERIMENTO

- RSA
 CDI
 RICHIESTA INVALIDITA'

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

| Informazioni anagrafiche | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|-----------------------------|-----------|--------------------------------|------------------|----------------------------|---------------------|--------------|-------------------------|--------------------|--|--|---|--|--|--|
| Nome _____ Cognome _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nato a _____ il ___ / ___ / ___ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parte per il Medico curante | Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Dispositivi in uso <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Catetere vescicale</td> <td>Sondino naso-gastrico</td> </tr> <tr> <td>PEG</td> <td>Catetere venoso centrale</td> </tr> <tr> <td>Pace-maker</td> <td>ICD (defibrillatore)</td> </tr> <tr> <td>Tracheostomia</td> <td>Stomie</td> </tr> <tr> <td>Broncoaspirazione</td> <td>Porth-a-cath</td> </tr> <tr> <td>Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ventilatore per insuff. respiratorie gravi</td> <td></td> </tr> </table> | Catetere vescicale | Sondino naso-gastrico | PEG | Catetere venoso centrale | Pace-maker | ICD (defibrillatore) | Tracheostomia | Stomie | Broncoaspirazione | Porth-a-cath | Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) | | Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno | | Ventilatore per insuff. respiratorie gravi | |
| | Catetere vescicale | Sondino naso-gastrico | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PEG | Catetere venoso centrale | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pace-maker | ICD (defibrillatore) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tracheostomia | Stomie | | | | | | | | | | | | | | | |
| Broncoaspirazione | Porth-a-cath | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ventilatore per insuff. respiratorie gravi | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (<i>specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale</i>), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) ALLERGIE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cadute negli ultimi sei mesi | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|---|---|
| Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emoltrasfusioni. | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare | |
| Stato nutrizionale | <input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note _____ _____ _____ | |
| Giudizio sulla stabilità clinica | <input type="checkbox"/> <i>Stabile</i> | nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg. |
| | <input type="checkbox"/> <i>Moderatamente stabile</i> | con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni |
| | <input type="checkbox"/> <i>Moderatamente instabile</i> | con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana |
| | <input type="checkbox"/> <i>Instabile</i> | con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano |
| | <input type="checkbox"/> <i>Acuzie</i> | con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani |

| | | |
|--|---|--|
| Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo | <i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si richiede visita domiciliare</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
|--|---|--|

data

.....

firma

.....

SCHEDA DI INSERIMENTO

- RSA
 CDI
 RICHIESTA INVALIDITA'

Parte per la famiglia / caregiver

| | |
|--|--|
| Informazioni anagrafiche | Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il ___/___/___ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____ |
| Professione, pensione, invalidità | Professione svolta in passato _____ Pensione SI NO Ente erogatore _____ Invalidità SI NO Codice Invalidità _____ |
| Modalità di gestione del reddito | <input type="checkbox"/> Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro |
| Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno) | |
| Medico di Medicina Generale | Dr./Dr.ssa _____ tel. _____ |
| Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc. | |
| Provenienza Domicilio: Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro | |
| Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniall. | <input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> definitivo <input type="checkbox"/> altro |
| Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite | |
| Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge; altro) | |
| Diete particolari | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____ _____ |
| Comportamenti autolesivi | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____ _____ |
| Fumo | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Alcool | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali | |
| • Capacità di nutrirsi: | <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessità di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato |
| • Masticazione: | <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca |
| • Protesi dentaria: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si e la usa <input type="checkbox"/> Si ma non la usa |

Parte per la famiglia / caregiver

| | |
|---|--|
| Nome _____ | |
| Cognome _____ | |
| Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie) | <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo |
| Bagno / doccia | <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo |
| Continenza vescicale | <input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere |
| Continenza intestinale | <input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia |
| Uso dei servizi igienici | <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo |
| Capacità di vestirsi | <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo |
| Vista | <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Cecità |
| Udito | <input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Sordità |
| Capacità di leggere | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Capacità di scrivere | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Linguaggio | <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterato |
| Mobilità | <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato |
| Capacità di salire le scale | <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado |
| Trasferimento letto / carrozzina / poltrona | <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado |

Parte per la famiglia / caregiver

| | |
|---|---|
| Nome _____ | |
| Cognome _____ | |
| Usò della sedia a rotelle | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì autonomo nell'uso <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Ausili utilizzati | <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sì Specificare quali _____ _____ <input type="checkbox"/> Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da _____ il ____/____/____ |
| Accetta la terapia | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Assume la terapia autonomamente | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Sonno - riposo | <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia |
| Aggressività | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte |
| Tendenza alla fuga / perdersi | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte |
| Cadute negli ultimi 6 mesi | <input type="checkbox"/> Sì - n° _____ <input type="checkbox"/> No |
| Utilizza una contenzione | <input type="checkbox"/> Sì - specificare _____ _____ <input type="checkbox"/> No |
| Previsione di contatti con il paziente (es, n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare) | |

All'atto del ricovero, si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite.

data

firma

.....

.....