

ISTANZA DI AMMISSIONE

(da compilarsi a cura del medico curante/ospedaliero barrando le caselle corrispondenti)

A) SITUAZIONE ANAGRAFICA E SOCIALE

1

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a: _____ il: ____/____/____

Residenza: _____

Stato civile: ☐ coniugato/a ☐ celibe/nubile ☐ vedovo/a

Vive con: ☐ coniuge/convivente ☐ figli/parenti ☐ solo/a

☐ altro _____

Persona di riferimento: _____

☐ parente ☐ conoscente ☐ assistente

sociale Recapito telefonico: _____

Attualmente Sig./ra si trova: ☐ a casa ☐ in ospedale ☐ altra RSA

B) CONDIZIONI CLINICHE

Anamnesi patologica remota:

Patologia in atto:

Condizioni cliniche attuali:

- | | |
|--|--|
| ☐ STABILI | ☐ con monitoraggio infermieristico medico e strumentale < di una volta /settimana |
| ☐ MODERATAMENTE STABILI | ☐ con monitoraggio programmabile una o più volte/settimana |
| ☐ INSTABILI | ☐ con monitoraggio quotidiano |

2

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| PREGRESSA TBC | ☐ sì | ☐ no |
| Il Sig./ra è affetto/a da malattie contagiose : | ☐ sì | ☐ no |
| Invalidità civile richiesta: | ☐ sì | ☐ no |
| Valutazione Geriatrica richiesta: | ☐ sì | ☐ no |
| Pertanto può vivere in comunità: | ☐ sì | ☐ no |

C) CONDIZIONI SPECIFICHE**Stato mentale:**

- ☐ completamente confuso
- ☐ chiaramente confuso, non si comporta come dovrebbe
- ☐ incerto e dubbioso, ma orientato nel tempo e nello spazio
- ☐ completamente lucido

Stato relazionale:

- ☐ qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- ☐ uno stimolo esterno normale provoca irritabilità
- ☐ saltuariamente presenta segni di irritabilità
- ☐ calmo e non irritabile

Stato comportamentale:

- ☐ cammina incessantemente, incapace di stare fermo
- ☐ chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si alza durante la conversazione
- ☐ saltuariamente è irrequieto, si agita durante la conversazione, muove le mani e i piedi, tocca vari oggetti
- ☐ non presenta segni di irrequietezza, è tranquillo

Stato nutrizionale:

- ☐ adeguato
☐ malnutrizione
☐ obesità

Dieta:

- ☐ Libera
☐ per diabetici
☐ per nefropatici

☐ altro: _____

Deglutizione:

- ☐ regolare
☐ disfagia
☐ per liquidi
☐ per solidi

Vista:

- ☐ normale
☐ ipovisus (OD - OS)
☐ cecità (OD - OS)

Udito:

- ☐ normale
☐ ipoacusia ☐ dx ☐ sx
☐ cofosi ☐ dx ☐ sx

Linguaggio:

- ☐ normale ☐ disartria ☐ afasia

Incontinenza:

- ☐ no ☐ no, ma difficoltà a raggiungere wc
☐ si ☐ solo urine ☐ solo feci ☐ completa

usa: ☐ pannolone ☐ catetere vescicale

Stazione eretta:

- ☐ buona
☐ incerta
☐ con ausilio (specificare quale) _____
☐ impossibile

Equilibrio:

- ☐ stabile
☐ instabile

Rischio di cadute:

- ☐ no ☐ si

D) CAPACITÀ FUNZIONALI**Trasferimenti
letto < - > sedia:**

- ☐ necessarie due persone per il trasferimento dell'ospite
- ☐ l'ospite collabora, ma è necessaria una persona
- ☐ per una o più fasi del trasferimento è necessaria una persona
- ☐ occorre una persona per garantire sicurezza ed infondere fiducia
- ☐ l'ospite è autonomo durante il trasferimento

Deambulazione:

- ☐ dipendenza totale rispetto alla deambulazione
- ☐ necessita la presenza di una o più persone per la deambulazione
- ☐ necessaria una persona per raggiungere e manovrare gli ausili
- ☐ deambulazione autonoma, ma necessita di supervisione, non percorre 50 metri senza bisogno di aiuto
- ☐ autonomo nella deambulazione, usa stampelle, bastone, ecc., percorre 50 metri senza aiuto

Abbigliamento:

- ☐ Capace di indossare, togliere, e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi
- ☐ Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe
- ☐ Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento
- ☐ Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti
- ☐ Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora

Igiene personale:

- ☐ completamente dipendente
- ☐ necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- ☐ necessaria l'assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- ☐ necessaria minima assistenza prima e/o dopo l'igiene personale
- ☐ completamente indipendente

Alimentazione:

- ☐ totalmente dipendente, va imboccato
- ☐ necessita assistenza attiva
- ☐ necessarie supervisione e assistenza nei gesti più complicati
- ☐ necessaria assistenza solo in operazioni complicate (tagliare la carne, aprire le confezioni, ecc...)
- ☐ totalmente indipendente

In caso di frattura recente: tipo di frattura: _____ trattamento: _____

rimozione gesso: _____ concessione al carico: _____

Necessita di FKT:

- ☐ no ☐ si

Piaghe da decubito:

- ☐ si ☐ multiple: ☐ no ☐ si

Staging:

- ☐ superficiale
- ☐ limitata al sottocute
- ☐ profonda (necrosi-ulcerazione muscolo/periostio)

Ricoveri per patologia psichiatrica:☐ no ☐ si**T.S.:** ☐ no ☐ si**Grado di collaborazione:**

- ☐
- collaborante
-
- ☐
- poco collaborante
-
- ☐
- assenza di collaborazione

E) TERAPIE**Terapie mediche in atto** _____**Medicazioni in atto:** ☐ no ☐ sisede: _____ tipo: _____
_____ frequenza: _____**Terapie particolari in corso o programmate:** ☐ no ☐ si

- ☐
- Nutrizione parenterale totale
-
- ☐
- Nutrizione enterale
-
- ☐
- Ossigenoterapia
-
- ☐
- Broncoaspirazione

- ☐
- Chemioterapia
-
- ☐
- Radioterapia
-
- ☐
- Dialisi
-
- ☐
- altro: _____

Allergie a farmaci e/o alimenti:☐ no
☐ si _____**Portatore di pace-maker:** ☐ no☐ si impiantato il: ____/____/____**Esenzioni:** ☐ no☐ si _____

Firma e timbro del medico curante:

Data ____/____/____

Il paziente è informato che ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n° 196, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, i dati da lui stesso forniti potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività della Struttura.

Per accettazione:

- ☐
- tutore
-
- ☐
- amministratore di sostegno
-
- ☐
- paziente

Firma

ORARI DELLA STRUTTURA:

- 6.00 – 8.00: sveglia
- 8.00 – 8.30: colazione
- 10.30: bevanda
- 12.00 – 13.00: pranzo
- 13.30 – 15.30: riposo pomeridiano
- 16.00: merenda
- 19.00: cena
- 20.30 in poi: corichi

OCCORRENTE:

- Vestiti comodi
- Scarpe comode (ciabatte preferibilmente chiuse e da esterno)
- Biancheria intima
- Pigiama
- Occorrente igiene (spazzolino, dentifricio, pasta per aderenza dentiera, pettine, rasoio)
- Fazzoletti
- Ausili (deambulatore o carrozzina se utilizzati)
- Pannoloni (se utilizzati)

DOCUMENTI:

- Carta d'identità
- Codice fiscale
- Documentazione medica recente comprensiva di terapia in atto sottoscritta dal medico
- Medicine per almeno tre gg e ricette mediche
- Eventuali controlli medici da effettuare